

Grand Manuel de sophrologie

Sous la direction de
Bernard Etchelecou

Une *synthèse* des
différentes techniques
100 exercices pratiques
20 domaines d'application



DUNOD

VISIT...

LANZAROTE
Caliente.COM

Grand Manuel de **sophrologie**

Sous la direction de
Bernard Etchelecou

DUNOD

Illustration de couverture © Fotolia.com – Unclesam

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage. Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements		d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).
--	--	--

Cet ouvrage constitue la nouvelle édition,
entièrement revue, augmentée et corrigée de :
Comprendre et pratiquer la sophrologie © InterÉditions, 2007, 2015
9 cas pratiques en sophrologie © InterÉditions, 2010
Sophrologie : applications thérapeutiques © InterÉditions, 2012

© Dunod, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-076460-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

Préface	9
Introduction – <i>Les principes fondamentaux de la sophrologie</i>	15
Comment lire ce livre	19

PARTIE 1

Les techniques	25
Chapitre 1 – Les techniques spécifiques <i>Nathalie Baste, Pascal Gautier, Bernard Etchelecou</i>	26
Chapitre 2 – La relaxation dynamique <i>Bernard Etchelecou</i>	70

PARTIE 2

Éléments théoriques fondamentaux	111
Chapitre 3 – Le stress en question <i>Pascal Gautier</i>	112
Chapitre 4 – La fonction tonique et la relaxation <i>Bernard Etchelecou</i>	129
Chapitre 5 – Schéma corporel et conscience de soi <i>Bernard Etchelecou</i>	137
Chapitre 6 – Sensibilités, tonus, émotion, schéma corporel et relaxation <i>Bernard Etchelecou</i>	144

Chapitre 7 – Champ de la sophrothérapie	165
<i>Bernard Etchelecou</i>	
Chapitre 8 – L’imaginaire corporel	171
<i>Bernard Etchelecou</i>	

PARTIE 3

Pédagogie, vie sociale et professionnelle 187

Chapitre 9 – Sophrologie en milieu scolaire	188
<i>Yves Rouzic</i>	
Chapitre 10 – La préparation aux examens et diverses épreuves	210
<i>Bernard Etchelecou</i>	
Chapitre 11 – Sophrologie pour le sportif	219
<i>Édith Perreaut-Pierre</i>	
Chapitre 12 – Sophrologie pour le jeu de l’acteur	243
<i>Dominique-Sophia Tripodi</i>	
Chapitre 13 – Sophrologie auprès de personnes en difficulté d’insertion professionnelle	264
<i>Marie-Christine Osset</i>	
Chapitre 14 – Sophrologie dans le monde du travail	287
<i>Bernard Etchelecou</i>	
Chapitre 15 – Sophrologie en entreprise	295
<i>Bernard Blanc</i>	

PARTIE 4

Domaine de la santé 325

Chapitre 16 – Sophrologie et médecine générale	326
<i>Benoît Fouché</i>	

Chapitre 17 – Sophrologie et traitement de la douleur	351
<i>Carole Iris</i>	
Chapitre 18 – Sophrologie et psychothérapie	384
<i>Bernard Etchelecou</i>	
Chapitre 19 – Sophrologie et soins infirmiers	409
<i>Nathalie Herreman</i>	
Chapitre 20 – Sophrologie et orthophonie : la recherche d'un juste équilibre	436
<i>Agnès Mailhebiau-Couzinet</i>	
Chapitre 21 – Sophrologie et kinésithérapie en pratique courante	462
<i>Max Bresler</i>	
Chapitre 22 – Sophrologie et psychomotricité	492
<i>Marie-Édith Pinel</i>	
Chapitre 23 – Préparation à la maternité et à la paternité avec la sophrologie	510
<i>Élisabeth Raoul</i>	
Chapitre 24 – Sophrologie et maladies graves	543
<i>Alessandra Balsamo</i>	
Chapitre 25 – Sophrologie en soins palliatifs	570
<i>Odile Miara</i>	
Chapitre 26 – Sophrologie pour des enfants à l'hôpital	599
<i>Valfrida Pagotto</i>	
Chapitre 27 – La sophrologie avec les enfants	622
<i>Jean-François Fortuna</i>	

PARTIE 5

Parentés thérapeutiques	657
Chapitre 28 – Hypnose ericksonienne et sophrologie	658
<i>Bernard Etchelecou</i>	

Chapitre 29 – Fonction symbolique, imagerie mentale, rêve-éveillé	690
<i>Bernard Etchelecou</i>	
Chapitre 30 – Complémentarités	705
<i>Bernard Etchelecou</i>	

Préface

La sophrologie apparaît dans le foisonnement créatif, l'envie de renouveau des années 1960, dans cet élan novateur souhaitant libérer la personne de tous ses carcans intérieurs et des contraintes idéologiques ou sociales considérées alors trop aliénantes.

Pour mobiliser les ressources latentes et opérer ces changements individuels, les thérapies s'appuient désormais sur le corps, les ressentis émotionnels, la régulation énergétique, la communication non verbale, les stratégies de communication, des techniques basées sur le massage, la relaxation, les états modifiés de conscience. Les approches orientales bénéficient aussi d'un regain d'intérêt.

Naissance de la sophrologie

C'est dans cette dynamique environnementale porteuse d'espoir et d'enthousiasme qu'Alfonso Caycedo, psychiatre d'origine colombienne, crée la sophrologie. Il veut la démarquer d'une hypnose traditionnelle qu'il estime trop directive, fondant ainsi une nouvelle approche destinée à favoriser la prise en charge du sujet par lui-même, et, plus largement, à développer les potentialités de la conscience humaine.

Note : Étymologiquement *sos-phren-logos* signifie « étude de la conscience en harmonie ».

Caycedo souligne l'importance de la conscience corporelle et centre notre attention sur cet état de conscience « entre veille et sommeil », appelé « état sophronique » qui élargit notre champ de conscience et qui, bien mis à profit, permettrait d'accroître nos diverses capacités et de conforter notre bien-être. Il met également au point une intéressante méthode d'entraînement personnel, la relaxation dynamique, inspirée de pratiques orientales (yoga, méditation bouddhique, zen).

Plus d'un demi-siècle après sa création, la sophrologie est désormais socialement bien reconnue, intégrée dans nos pratiques éducatives et généralement admise comme approche thérapeutique efficiente dans les établissements de soins. Elle a su convaincre des pédagogues et praticiens d'horizons multiples qui lui ont trouvé des applications extrêmement nombreuses dans leurs terrains de compétence. C'est sans conteste grâce à cette diversité (de formations, d'applications) et à la pluralité des courants participant à l'aventure que nous observons aujourd'hui une

sophrologie dynamique tentant de s'adapter au mieux à la complexité des secteurs où on l'exerce.



DÉFINITION

Concrètement, la sophrologie est une approche psychocorporelle, inspirée à la fois de méthodes orientales (yoga, zen, pratiques tibétaines) et d'approches occidentales (techniques de relaxation). L'état recherché est un mieux-être, une certaine harmonie de l'individu. L'entraînement est basé sur des pratiques respiratoires, le ressenti corporel, des techniques de détente et un travail d'imagerie mentale. Favoriser ainsi un vécu positif de soi dans la détente permet d'augmenter la confiance en soi, de diminuer le stress, le trac ou encore d'appréhender plus positivement l'avenir.

La sophrologie est donc indiquée chaque fois que l'on rencontre des difficultés, liées notamment à l'anxiété et à une mauvaise estime de soi, ou que l'on anticipe négativement des situations auxquelles nous devons pourtant nous adapter.

Cet ouvrage montre précisément ce qu'on peut en attendre, comment elle peut être appliquée à de nombreux secteurs, comme celui de la santé bien sûr, mais aussi celui de la pédagogie, de l'entreprise ou encore du développement personnel.

Cohérence d'une approche

Chaque génération voit fleurir (et se succéder à présent de plus en plus vite, une mode chassant l'autre) telle ou telle science prédominante, tels ou tels maîtres à penser avec leurs cohortes de disciples plus zélés les uns que les autres, passionnés pour des idées, des théories, des pratiques bien en vue sur le moment, impliqués on ne peut mieux au service de la cause, investis dans des groupes confortant identité, cohésion personnelle, sécurité d'être forts ensemble et certains d'être dans la bonne direction.

Un de mes stagiaires, il y a déjà longtemps, me racontait avoir rencontré presque incidemment Jacques Lacan sortant d'une de ses conférences, qui lui avait lancé goguenard : « Je leur ai dit trois mots, ils vont en faire un séminaire ! » Mais Lacan n'étant plus là, que reste-t-il de l'influence qu'il avait naguère ? Quelques « cercles » qui se retrouvent... et qui tournent en rond ?

Freud et la psychanalyse ? Reniés corps et biens après des années d'une hégémonie sans grand partage dans les milieux de la culture, de la connaissance humaine, des

soins... Jetés aux orties tandis qu'aujourd'hui ce sont les neurosciences qui prennent les commandes !

Et Françoise Dolto qui a marqué toute une génération de mères, d'éducateurs, de thérapeutes ? Trop aisément balayée d'un revers de main accompagné d'un jugement définitif : « Depuis qu'elle a libéré leur parole, ce sont les enfants qui mènent la danse ! »

On ne jure – au mieux quelques années – que par telle discipline, par telles théories (foi d'animal, d'enseignants et de scientifiques)... Bientôt remplacées par d'autres, trônant sur les esprits le temps de prévaloir puis de disparaître. Les théories et pratiques pédagogiques et surtout thérapeutiques sont-elles donc autant liées à la prévalence d'un(e) papa-(maman)-gourou, qu'elles disparaissent avec sa mort ? Ou au besoin toujours renouvelé de s'accrocher, de s'investir dans une activité-groupe-famille qui donne sens et offre une cohésion de groupe ?

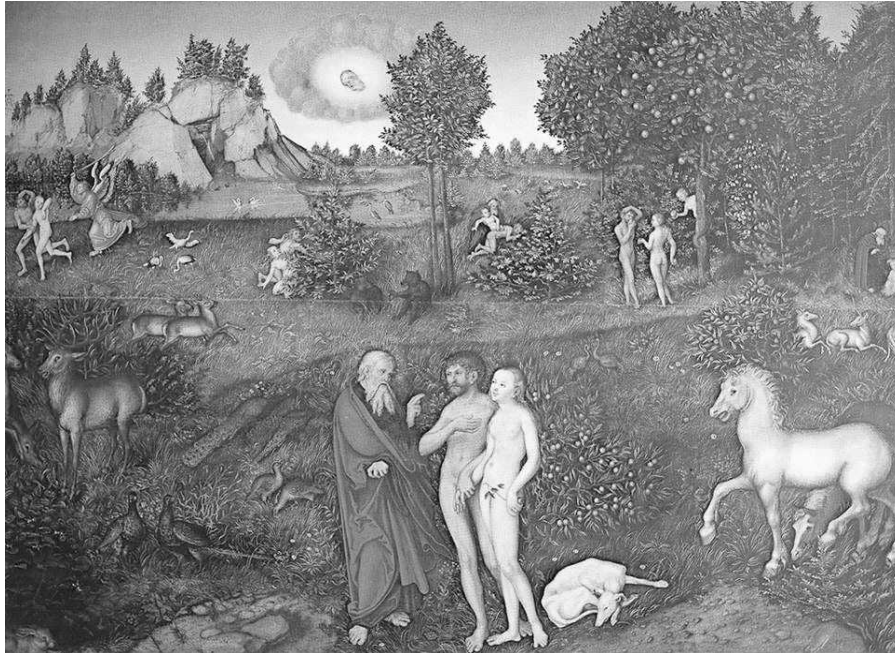
De nos jours, disais-je, dominant les neurosciences : fort bien, il ne s'agit pas d'en minimiser les avancées, ni les belles perspectives d'évolution et les espoirs qu'elles suscitent. Dans le domaine plus spécifique qui nous occupe, tendent à prévaloir aujourd'hui la compréhension par le stress (qu'il ne s'agit pas de nier mais qui ne saurait résumer toutes les difficultés psychologiques), la méditation de pleine conscience et l'EMDR (supportées par quelques têtes d'affiche médiatisées ou universitaires). On verra dans cet ouvrage que ces méthodes, ainsi que d'autres essentiellement axées sur les effets d'apprentissage et de conditionnements, peuvent s'articuler sans problème avec les techniques de la sophrologie.

C'est donc avec un esprit ouvert mais sans concession particulière aux modes et à « l'air du temps », ni allégeance obligatoire à quelque enseignement doctrinairement établi, que nous, les co-auteurs, présenterons les apports théoriques fondamentaux nous paraissant éclairer au mieux notre approche de la sophrologie et donner sens à nos pratiques.

Il s'agit, comme dans toutes relations d'aide mais avec des outils spécifiques que nous décrirons en détail, de proposer une écoute très large délaissant les diagnostics, préjugés et autres préalables réducteurs, afin de repérer les besoins, faire émerger la demande et y répondre au mieux (ce qui ne signifie pas y répondre toujours) en faisant alliance avec le client/patient autour d'objectifs réalistes à atteindre.

Écoute, relation d'aide individualisée, mobilisation du potentiel évolutif, forment des bases communes à toutes les applications présentées dans l'ouvrage, en gardant à l'esprit que le but de l'accompagnement est avant tout d'amener l'autre à reprendre sa propre route.

Harmonie



Le Paradis

Par Lucas Cranach l'Ancien — Web Gallery of Art : Image Info about artwork,
Domaine public, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=965610>.

Le paradis souvent promis quand nous étions enfants, sous condition de filer un bon chemin, engendrait dans ma petite tête plus de questions qu'il n'en résolvait malgré les très louables efforts déployés par les adultes pour nous faire entendre la signification de cet « éden perdu à cause de la désobéissance de l'homme ayant touché au fruit défendu ». Je n'y comprenais naturellement strictement rien jusqu'au jour où ma créativité enfantine finit par me souffler LA réponse, celle qui allait enfin me décoincer les neurones en m'offrant du même coup la liberté de m'adonner pleinement aux activités de mon âge : le paradis ressemble à n'en plus douter à ces instants de délices où absorbés par le jeu avec les copains, on perdait toute notion du temps qui passe, où se déployait un enthousiasme général, une joyeuseté sans borne. Mais bien sûr que c'était ça le paradis ! Ça, mais tout le temps et pour toujours !

Dans la lignée de mon enfance, il m'arrive encore de penser l'harmonie recherchée en sophrologie comme un de ces morceaux de paradis dont nous avons quelque saveur en relâchement profond, au cours de nos sophronisations et autres méditations, dans ces instants où le temps s'écoule sans compter, tout entier porté par le

flux de notre vie intérieure, bercé par le tempo de notre respiration, celui de notre rythme cardiaque, corps et mental confondus dans un sentiment de complétude et de bien-être que seul le retour à la réalité ambiante peut interrompre, non sans quelque réticence parfois, mais avec le plus souvent une sensation de force renouvelée qui va nous accompagner au long du quotidien.

Harmonie aussi, loin des contingences, des sensations de contraintes et des finitudes du quotidien, lorsqu'on vibre au diapason de la nature environnante, ou que l'on est saisi par l'esthétique d'une danse, la beauté d'une musique et toute autre expression artistique. Autant d'images et de sensations agréables, d'émotions esthétiques positives, que l'on peut revivre en état sophronique pour nous dynamiser et renforcer notre bien-être.

Harmonie enfin, avec soi-même et au jour le jour cette fois, plus banale mais non des moindres, quand on se sent tout simplement « bien dans sa peau », plutôt satisfait de sa façon d'être, pas mécontent de sa vie en général.

On pourrait objecter que, tellement rivée à cette quête d'harmonie, la sophrologie se fourvoie dans le rêve d'un monde bien illusoire peuplé de Bisounours adeptes du *peace and love*, la fleur au bout du fusil ! Mais c'est précisément parce que la vie ne se présente pas comme un long fleuve tranquille que nous devons trouver les moyens de rester en surface et nous servir au mieux des courants porteurs.

Les séances de sophrologie, au-delà même des effets de détente profitables à notre organisme, nous mettent en intimité avec nos « forces latentes », une certaine énergie vitale (en relaxation dynamique notamment), dont on ne connaît peut-être pas bien la teneur, mais qui stimule nos capacités de bien-être et nos mécanismes adaptatifs, favorisant en outre des avancées thérapeutiques plus ou moins conscientes ou souterraines.

Être en harmonie signifierait ici être mieux « accordé » à soi-même, (re)connaître et mieux assumer ses désirs profonds, ses conflits et contradictions qu'il n'est pas forcément possible de résoudre, mais au moins faire l'expérience qu'il est clairement jouable de « vivre avec », sans ces tensions paralysantes qui rongent nos vies. Où l'un cherchera à se motiver et à doper son agressivité pour s'affirmer dans la hiérarchie sociale, un autre, voudra à l'inverse apprendre à se désinvestir d'une course à l'échalote éperdue, jamais satisfaisante, tyrannique et éreintante. Aucun parcours fléchi vers un « monde meilleur » pour cette harmonie-là que chacun gère à sa manière, selon ses besoins, ses choix et son cheminement.

Silence

Assis avec mon grand-père, sans rien nous dire ou presque, nous regardions simplement tomber la nuit, tout absorbés par la densité paisible des métamorphoses du couchant.

Chaque soir renouvelait ce que nous appelions notre « bain dans les étoiles » ; une qualité de silence rare et magnifique, tout le contraire du vide et de l'ennui, comme une plongée privilégiée dans les élans même de la vie.

Pas la peine de jacasser sans arrêt, m'enseignait la présence bienveillante de pépé. Les gens cultivent le bruit, s'appellent pour un oui ou un non. Accrochés à leurs portables, ils ont besoin de se sentir toujours reliés à quelqu'un, comme si la solitude et le silence qui l'accompagne étaient signes d'un abandon.

La sophrologie nous invite à goûter aux charmes du silence.

Et au plaisir de décrocher.

Bernard ETCHELECOU

*Psychologue clinicien psychothérapeute formateur
et auteur d'ouvrages en sophrologie*

Introduction

Les principes fondamentaux de la sophrologie

L'état sophronique

Le sophrologue s'arrange au mieux pour placer le patient dans un **contexte favorable au changement**, autrement dit pour nous « l'état sophronique ».



DÉFINITION

L'état sophronique

C'est un état de relâchement global, à la fois physique et mental, obtenu grâce à une sophronisation de base (induction décrite dans le chapitre sur les techniques).

Il se caractérise par les effets de détente, la mise en veilleuse de la pensée réflexive et des contraintes logico-sociales de la conscience ordinaire, pour s'ouvrir à l'expérience d'un monde intérieur plus vaste, riche en intuitions dynamiques, créatives, qui facilitent l'émergence de nouveaux possibles.

Caycedo propose un schéma évoquant trois possibilités existentielles de la conscience, chacun de ces états pouvant être vécu à des niveaux de vigilance variables.

On voit sur la **figure 1** qu'à côté des deux états de conscience déjà connus – conscience ordinaire et conscience pathologique –, apparaît l'idée d'une « nouvelle conscience », la conscience sophronique, qui correspond à l'harmonie, à la sérénité, progressivement acquises au moyen de l'entraînement sophrologique.

Toutes les techniques débutent par une sophronisation de base : le thérapeute induit, d'une voix lente et monotone, un état de relaxation profonde, intermédiaire entre la veille et le sommeil. C'est son *terpnos logos*, mode verbal doux et apaisant, qui

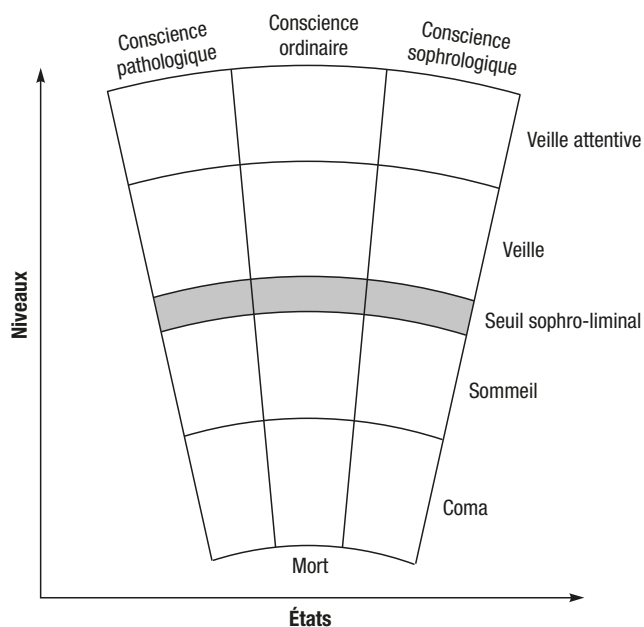


Figure 1. Schéma de base.

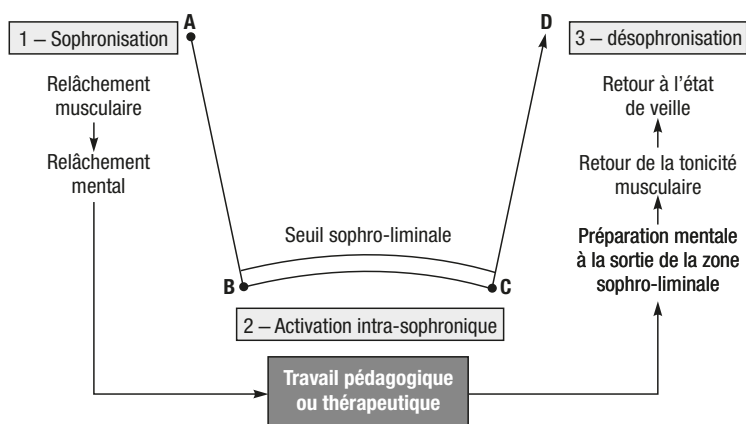


Figure 2. Schéma de sophronisation.

produit l'état crépusculaire recherché, véritable zone du travail intrasophronique à visée pédagogique ou thérapeutique (**figure 2**). Ce travail d'activation se réalise au moyen des différentes méthodes décrites dans cet ouvrage, en fonction du but poursuivi.

Vient enfin le moment de la reprise, le sujet retrouvant peu à peu le contact avec la réalité ambiante, après avoir récupéré sa tonicité musculaire et toute son énergie.



DÉFINITION

Terpnos logos

Terme emprunté à Homère et Platon, il sert à désigner le ton lent, monocorde, propre aux inductions sophroniques.

Dans le « Dialogue des Charmides », Platon l'évoque comme une parole douce, monotone, agissant sur le « Thymos » – sphère psychosomatique –, et provoquant l'état sophrosyne (état de calme, de concentration, de sagesse).

ZOOM. Principes fondamentaux

A. Caycedo pose trois principes fondamentaux à la base de l'entraînement sophrologique.

Le principe du schéma corporel comme réalité vécue

Les pratiques des yogis Indiens, des lamas du Tibet et du bouddhisme zen, que Caycedo a étudiées au cours d'un long séjour en Extrême-Orient, l'ont placé devant cette évidence : l'équilibre d'un individu passe avant tout par la prise de conscience de son schéma corporel.

Comme le souligne M. Declerck, le travail sophrologique va « mettre en œuvre les différents aspects du schéma corporel jusqu'à en épuiser les potentialités :

- perception du corps propre ;
- reconnaissance du corps énergétique ;
- constat de la labilité, mais aussi de l'éducabilité des sensations ;
- expérience d'une prise de distance possible entre le corps vécu et ses représentations¹ ».

La relaxation dynamique, issue des approches orientales, aide, plus que toute autre méthode sophronique, à renforcer la conquête de la corporalité par la conscience.

L'intégration progressive du schéma corporel au niveau de la conscience consolide les structures de celle-ci et contribue à élargir son champ perceptivo-affectif.

Le principe de l'action positive

Il est clair, pour A. Caycedo, que toute action positive dirigée vers la conscience (par exemple, sous forme d'images, de sensations, de mots) suscite une dynamique positive de l'ensemble de l'être humain.

Le principe de la réalité objective

Le thérapeute doit pouvoir percevoir, en toute lucidité, l'état de conscience dans lequel il se trouve, et celui de son patient.

.....

1. Declerck M., *Le Schéma corporel en sophrologie et ses applications thérapeutiques*, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 130.



DÉFINITIONS

La conscience

L'état sophronique vise à développer cette force qui intègre les éléments psychologiques et physiques de l'être, et qui n'est autre, pour Caycedo, que la conscience humaine.

La vivance

Elle est un néologisme créé par Caycedo pour signifier cette profonde intimité avec nous-mêmes en lien direct avec nos forces de vie telle qu'on peut l'expérimenter en état sophronique. Présence immédiate à soi-même dans une harmonie corps-conscience saisie dans l'instant présent ; une expérience que l'on intègre progressivement au cours des séances et qui participe à notre évolution, à notre transformation.

L'entraînement aux procédés et méthodes de la sophrologie se réalise dans une **relation d'alliance**.



DÉFINITION

La relation d'alliance

Elle est caractérisée par son aspect peu directif. C'est dire que l'attitude du sophrologue y est avant tout « informative » : il montre à son client – ou à son élève – un ensemble de techniques que ce dernier utilisera par la suite à sa guise, selon ses besoins et ses préférences. Ce parti pris caycedien d'une relation « adulte-adulte » tendrait à réduire les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels.

Si ce mode de relation correspond bien à la plupart de nos prises en charge *préventives et pédagogiques*, il est indéniable que pour nombre de praticiens formés à l'écoute et à la pratique psychanalytiques l'état sophronique mobilise la personnalité dans son ensemble, avec ses constituants conscients *et* inconscients. Nous verrons en approche thérapeutique qu'il est intéressant d'accueillir, sans *a priori* sélectif entre ce qui est positif et ce qui ne le serait pas, les fantasmes corporels, les symbolisations imaginées et autres résistances ou effets de transfert qui ne manquent pas d'apparaître au cours de nos suivis.

Comment lire ce livre

1. Ce que vous allez trouver dans cet ouvrage

Ce « grand manuel » est la synthèse de trois livres fondamentaux publiés séparément (*Comprendre et pratiquer la sophrologie*, *9 cas pratiques en sophrologie*, *Sophrologie : applications thérapeutiques*). L'idée de les regrouper rejoint précisément l'une des définitions princeps de Caycedo concernant la sophrologie : « étude de la conscience et de ses modifications par des procédés chimiques, psychologiques et physiologiques, en vue d'applications prophylactiques (préventives), pédagogiques et thérapeutiques ».

Des trois ouvrages indiqués :

- Nous avons extrait, coordonné et complété l'essentiel théorique ; seront abordés la fonction tonique et la relaxation, la psychophysiologie des états de conscience et du stress, le schéma corporel et l'image du corps-image de soi, l'importance de l'imaginaire et des fantasmes liés au corps, les processus conscients et inconscients, la relation sophrologue-élève-patient (alliance et transferts).
La relaxation dynamique, dans ses quatre degrés fondamentaux élaborés par Caycedo, garde nos faveurs puisque directement inspirée d'approches orientales solidement ancrées et éprouvées dans leurs traditions respectives.
- Nous avons présenté et commenté les principales techniques.
- Nous avons exposé des applications concrètes dans le domaine pédagogique, la vie sociale et professionnelle : sophrologie en milieu scolaire, préparation aux examens et diverses épreuves, sophrologie pour le sportif, sophrologie pour le jeu de l'acteur, sophrologie auprès des personnes en difficulté d'insertion professionnelle, sophrologie en entreprise.
- Nous avons exposé des applications concrètes dans le secteur de la santé : sophrologie et médecine générale, sophrologie et traitement de la douleur, sophrologie et psychothérapie, sophrologie et soins infirmiers, sophrologie et orthophonie, sophrologie et kinésithérapie, sophrologie et psychomotricité, préparation à la maternité et à la paternité, sophrologie et maladies graves, sophrologie en soins palliatifs, sophrologie pour les enfants malades et en difficultés psychologiques.

- Nous avons proposé des ouvertures thérapeutiques, avec des exemples d'associations d'approches en états modifiés de conscience : sophrologie et hypnose éricksonienne, sophrologie et approche cognitive-comportementale, sophrologie et rêve-éveillé, travail en imagerie mentale.

2. Les auteurs

Les auteurs, tous spécialistes reconnus dans le milieu de la sophrologie, n'ont pas cherché à faire une apologie de la discipline mais bien à rendre compte le plus sincèrement possible de leur réalité de « gens du terrain ».

Ils ont voulu présenter des **procédures pratiques les plus représentatives** de leur travail, pouvant servir de références aux sophrologues qui voudraient s'en inspirer, dans un langage **pourtant accessible à tout lecteur non initié** à cette approche et souhaitant la découvrir.

Alessandra BALSAMO

est psychologue clinicienne, formée à l'hypnose et à la sophrologie, psychothérapeute en cabinet libéral (Luxembourg), psychologue et formatrice dans un service de consultation pour personnes endeuillées et pour personnes gravement malades, service de soins à domicile (Croix-Rouge luxembourgeoise).

Nathalie BASTE

est psychologue clinicienne, responsable pédagogique et scientifique du diplôme universitaire « Synthèse des techniques de relaxation, sophrologie, hypnose » à l'université Jean-Monnet de Saint-Étienne, auteure d'ouvrages en sophrologie et relaxation.

Bernard BLANC

est formateur diplômé de l'École supérieure de commerce de Lyon et titulaire

d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en ressources humaines (Institut d'administration des entreprises, Grenoble). Intervenant en entreprises et auteur d'ouvrages sur la sophrologie dans le monde du travail.

Max BRESLER

est kinésithérapeute-osthéopathe, spécialiste de la santé au travail, fondateur-directeur de l'Institut européen de sophrologie du travail (Luxembourg), enseignant et auteur en sophrologie.

Bernard ETCHELECOU

est psychologue clinicien, psychothérapeute en cabinet libéral et en institutions. Auteur et coordinateur de nombreux articles et ouvrages sur la sophrologie, il a notamment enseigné au Collège international de sophrologie médicale (Paris, Lyon) et à l'Institut

européen de sophrologie du travail (Luxembourg).

Jean-François FORTUNA

est infirmier psychiatrique, directeur de l'École de sophrologie de Strasbourg, formateur et auteur d'ouvrages sur la sophrologie.

Benoit FOUCHÉ

est médecin généraliste, psychothérapeute, et a présidé durant de nombreuses années la Société française de sophrologie, Paris. Formateur et auteur d'articles, d'ouvrages en sophrologie.

Pascal GAUTIER

est psychologue, formateur et directeur de l'Institut de sophrologie de Rennes, auteur d'articles et d'ouvrages en sophrologie.

Nathalie HERREMAN

est infirmière hospitalière (Luxembourg), formatrice à l'Institut européen de sophrologie du travail à Luxembourg.

Carole IRIS

est chirurgien-dentiste, praticienne au Centre d'étude et traitement de la douleur (Nemours). Intervenante en formation sophrologique.

Agnès MAILHEBIAU-COUZINET

est orthophoniste en cabinet libéral (Tours).

Odile MIARA

a exercé son métier d'infirmière dans différents domaines et notamment à l'unité de soins palliatifs de l'hôpital des Charmettes (Villeurbanne).

Marie-Christine OSSET

est formatrice auprès de publics en difficultés d'insertion professionnelle, a participé à l'accueil, la remise à niveau, l'animation d'ateliers d'aide à l'élaboration de projets, à la recherche d'emploi, au suivi de stagiaires. Elle se consacre aujourd'hui plus spécifiquement aux bilans de compétence et à la gestion du stress (Bordeaux).

Valfrida PAGOTTO

travaille en qualité d'infirmière au service de réanimation du centre hospitalier du Luxembourg après de nombreuses années d'activité dans divers services d'urgence (Italie, Luxembourg). Son expérience et ses formations l'ont amenée à s'occuper plus spécialement des enfants hospitalisés.

Édith PERREAUT-PIERRE

est médecin du sport et de l'aéronautique, a développé les techniques d'optimisation du potentiel au profit du personnel des armées et des sportifs de haut niveau. Auteure d'ouvrages en sophrologie, elle est formatrice et participe à des enseignements universitaires.

Marie-Édith PINEL

est psychomotricienne en cabinet libéral et formatrice en service de psychiatrie (Rennes).

Élisabeth RAOUL

a été l'une des toutes premières sages-femmes en 1980 à mettre en place un service de préparation sophrologique à la maternité et à la paternité dans un

hôpital parisien. Elle additionne enseignements, conférences et autres ouvrages de référence sur la préparation à la naissance et la parentalité.

Yves ROUZIC

est professeur d'éducation physique, créateur et animateur de stages de formation à la sophropédagogie (enseignants de collèges et lycées, académie de Bordeaux). Il a organisé divers ateliers de sophrologie aux universités d'été des Cahiers pédagogiques.

Dominique-Sophia TRIPODI

passée du cours Florent et de l'atelier international Paul-Weaver, Blanche-Salant à Paris à l'animation d'ateliers de sophrologie dans des cours de théâtre (Antibes), a une double et solide expérience du théâtre et de la sophrologie.

Chapitre 1	
.....	
Les techniques spécifiques	26
Chapitre 2	
.....	
La relaxation dynamique	70



Partie
1

Les techniques

Chapitre

1

Les techniques spécifiques

NATHALIE BASTE, PASCAL GAUTIER, BERNARD ETCHÉLECOU

> Pourquoi ce chapitre ?

Nous avons choisi d'écrire ce chapitre à plusieurs voix, pour refléter un peu de la diversité des modes d'induction dans les pratiques concrètes, certains *terpnos logos* étant essentiellement axés sur la détente, l'obtention d'un niveau modifié de conscience, d'autres favorisant le vécu en toute conscience tel qu'il se présente au sujet au cours de la séance. On ne procédera pas de la même façon selon que l'on désire obtenir une analgésie ou que l'on accompagne un travail personnel plus large.

Sommaire

- | | |
|---|----|
| 1. Les techniques de présentation (orientées sur le présent)..... | 26 |
| 2. Les techniques de futurisation (orientées vers le futur)..... | 52 |
| 3. Les techniques de prétérisation (orientées vers le passé)..... | 63 |

1. Les techniques de présentation (orientées sur le présent)

La sophronisation de base (B. Etchelecou)

C'est la technique princeps, enseignée dès les débuts de la sophrologie, qui conduit à un état de conscience « entre veille et sommeil », souvent synonyme de relâchement et de bien-être, ouvrant la voie aux évolutions pédagogiques et thérapeutiques présentées dans cet ouvrage.

Note : Certaines personnes ont bien sûr du mal à se laisser aller et à « lâcher prise » facilement. Nous aborderons par la suite la question des tensions et autres difficultés qui parfois ne manquent pas d'apparaître.

Pour simplifier, on peut cependant esquisser le schéma d'une sophronisation classique, réalisable dans la majorité des cas.

Fiche La sophronisation de base

Phase préparatoire

« Couchez-vous dans une position très confortable, qui permette de relâcher complètement les muscles de votre corps... Et vous fermez les yeux... Si en cours de relaxation quelque chose vous dérange, et si vous voulez sortir de la détente, vous lèverez votre index droit... Vous pourrez aussi lever ce doigt si vous voulez répondre par l'affirmative à une question que je vous pose. »

Seuil sophro-liminal

« Il vous est possible de suivre le va-et-vient de votre respiration... le trajet de l'air qui entre et sort de votre corps... Vous pouvez à présent respirer deux ou trois fois beaucoup plus profondément, en gonflant votre ventre à l'inspiration et en le rentrant à l'expiration... Puis, vous retrouvez votre rythme respiratoire naturel, automatique... Rythme de détente... en vous mettant à l'écoute de votre monde intérieur...

... Laissez se relâcher complètement les muscles du front, ceux qui entourent les yeux... le nez... Relâchez la tension de vos joues, de vos lèvres... Détendez votre langue et laissez se desserrer totalement les mâchoires, comme si la mâchoire inférieure était un peu plus lourde...

À mesure que vos muscles se relâchent, tout votre être se détend... Si quelque idée traverse votre cerveau, étrangère à la détente, vous la laissez passer... comme un nuage qui filerait sur un fond de ciel tout bleu...

Laissez se relaxer la nuque, les muscles du cou... les épaules... Laissez tomber les épaules... La détente s'étend maintenant à tout votre corps... Vos bras, les avant-bras, les mains jusqu'au bout des doigts...

Détendez votre dos, les muscles autour de la colonne vertébrale... le thorax, les poumons relâchés au rythme de votre respiration... Vous sentez peut-être votre cœur qui bat calmement, tranquillement...

Portez votre attention maintenant sur toute la musculature du ventre, les muscles abdominaux... Vous percevez aussi l'intérieur de votre ventre, avec tous les organes qui fonctionnent naturellement... Prise de conscience du relâchement de votre bassin, les fessiers... Concentration tranquille sur le bas-ventre, les organes génitaux... Détendez vos cuisses, vos mollets et vos pieds... Totalement à l'écoute de votre corps uni dans la détente, vous vous laissez aller dans un sentiment de bien-être de plus en plus complet qui gagne toute votre personne... tout naturellement aux portes du sommeil... »

Approfondissement

(Images positives, sensations du training autogène, ou autres...)

Exemple : « Vous laissez venir une image agréable, la plus agréable qui soit... (vérification avec le doigt que l'image est là)... Vous vous laissez complètement imprégner par cette image... Vous la vivez pleinement, de façon tout à fait positive... Elle laisse en vous des sensations de sérénité, de force, de calme... Vous pouvez même vous sentir évoluer à l'intérieur de cette image... en ressentir tout le côté très agréable... Vous imaginez les moindres détails... Tout en vous est détente... »

Éventuellement « signe-signal »

Exemple : « Si vous vous trouvez en difficulté dans la vie courante, ou simplement lorsque vous le désirerez, vous pourrez retrouver cet état de décontraction profonde... Il vous suffira, après quelques respirations profondes, de faire appel à cette image de détente pour retrouver l'état de relâchement complet qui est le vôtre actuellement... »

Reprise

« Maintenant, vous allez revenir progressivement à votre état tonique habituel... Vous prenez progressivement conscience de l'endroit où vous vous trouvez... Vous percevez à nouveau toute votre énergie... Vous retrouvez votre dynamisme physique et mental...

Vous pouvez vous aider en respirant profondément une première fois... une deuxième fois... une troisième fois... animé d'une grande énergie... Vous en prenez conscience, tout en remuant vos pieds... vos mains... et vous vous étirez profondément en essayant de sentir tous les muscles de votre corps qui retrouve toute sa tonicité et son dynamisme... Et quand vous le décidez, vous ouvrez les yeux... à votre rythme... pour ressortir en pleine forme... »

Les inductions/propositions du sophrologue peuvent :

- être anatomiques (« vous relâchez votre bras droit ») ;
- être imagées (« si telle ou telle idée vient gêner votre détente vous pouvez la laisser passer comme ces petits nuages qui en été se dissipent rapidement pour laisser place à un beau ciel tout bleu ») ;
- conforter des sensations plaisantes et de bien-être (« une douce sensation de chaleur bienfaisante », « votre corps et tout votre être emplis d'une belle énergie très dynamisante », etc.).

Elles sont souvent émaillées de « peut-être », complétées par « ou bien vous connaissez toute autre sensation »... afin que le sujet ne vive pas une détente « normalisée », ce qui serait aberrant si l'on recherche l'expression la plus individuelle possible. Notons aussi l'importance des temps de silence qui laissent au sujet la faculté d'être pleinement à l'écoute de lui-même.

Fiche La théorie des cinq régions corporelles (P. Gautier)

Nous avons vu que la sophrologie propose une théorie de l'être humain présenté comme une entité physique et mentale. Corps et esprit sont en lien étroit et permanent. Ils ne font qu'un, comme les deux faces d'une pièce insécable. Une action positive sur l'un de ces éléments, dynamise l'ensemble de manière positive.

Tableau 1.1. Les régions corporelles.

Région ou structures anatomo-physiologiques	Point d'intégration	Nerfs spinaux	Organes vitaux
1. Tête (le crâne et la face)	Milieu du front	Crâniens	Cerveau, organes sensoriels
2. Cou, les épaules et les membres supérieurs	À la base antérieure du cou	Cervicaux	Thyroïde
3. Thorax	À la base du sternum, au-dessus du plexus solaire	Thoraciques	Cœur, poumons
4. Région abdominale et lombaire, qui comprend la partie supérieure de la région ombilicale et la région épigastrique.	Environ 4 cm au-dessus de l'ombilic	Lombaires	Appareil digestif, reins, foie, rate
5. Régions du bas-ventre, qui comprend la partie inférieure de la région ombilicale et partie de la région pubienne ou hypogastrique, et les membres inférieurs.	Environ 4 cm au-dessous de l'ombilic	Sacraux et au niveau du coccyx	Organes sexuels
6. Globalité du corps (fondamental)	Ombilic		Tous les organes

Dans cette unité, la sophrologie a proposé, à partir des années 1990, des séquences ou étapes d'activations suivant cinq régions corporelles – ou systèmes – avant la globalité. Chaque système renvoie à une partie du corps et s'appuierait sur des bases neurophysiologiques et anatomiques résumées dans le **tableau 1.1** :

- Pour chaque région corporelle, il est proposé un « espace d'interaction » ou « point d'intégration », sorte de point d'ancrage ou résumé de l'ensemble de la région corporelle. Lors de certains entraînements, la présence attentive sur ces points vise à intégrer l'ensemble de la région corporelle. Il s'agit aussi d'un moyen facilitateur de concentration qui peut être amplifié par le placement des doigts sur chaque point, successivement.
- Le découpage en systèmes peut être rapproché des différentes paires de nerfs spinaux avec : les douze paires de nerfs crâniens (1^{er} système), huit cervicaux (2^e système), douze thoraciques (3^e système), cinq lombaires (4^e système), cinq sacraux et une paire au niveau du coccyx (5^e système).
- À chaque système sont associés un ou plusieurs organes vitaux (cf. **tableau 1.1**)

Technique clé n° 1 : technique de base vivantielle par les cinq systèmes (P. Gautier)

Il s'agit d'activer l'expérience du corps vécu, avec une acuité nouvelle et un impact profond. Ce vécu intégré est facilité par l'accès préalable à un niveau de conscience modifié.

Nous vivons la présence du corps tel qu'il est, dans une expérience phénoménologique, avec un regard neuf : un retour émotionnel au corps que nous sommes, sans filtre, sans jugement, sans attente ni effort, si ce n'est l'attention renouvelée à l'expérience, pour cette technique, aux sensations, au corps, instant après instant. Il s'agit de se placer à chaque fois, à chaque séance, dans « l'esprit du débutant » (S. Suzuki) : rester ouvert, réceptif et curieux, simplement, sans prise de tête !

Plus simple à dire qu'à faire. Les « sorties » de l'attention sont normales : au départ, il est très fréquent d'avoir des pensées distractives, souvent qualifiées de parasites. Mais peu importe : la répétition de l'expérience mène progressivement à une transformation de la conscience. L'attention, la concentration s'exercent par l'entraînement, avec bienveillance. Et il s'agit aussi d'apprendre à être « simplement » présent, de vivre ce qui est, en se fichant d'un quelconque résultat !

Fiche

La technique de base vivantielle par les cinq systèmes

Indications

Au début de tous les exercices de sophrologie, la technique ou **sophronisation de base vivantielle** (SBV) est ainsi avant tout une prise de conscience renouvelée du corps vivant que nous sommes, simplement dans l'accueil des sensations, telle qu'elles sont.

Elle permet, sans le rechercher, de mettre entre parenthèses les éventuelles ruminations ou projections anxieuses et peut devenir une véritable hygiène quotidienne, base d'une conscience plus sereine et harmonieuse.

Protocole

Debout, ou, notamment dans les premières expériences, en posture assise tonique.

Assis, bassin un peu avancé, dos non appuyé un peu redressé, épaules légèrement tirées vers l'arrière tout en restant basses. Mains posées sur les cuisses. Cuisses, jambes et pieds en angles droits.

Accueillir chaque partie du corps en conscience de la tête aux pieds en terminant par la perception de la globalité du corps.

Chaque étape peut durer une (séance rapide) à plusieurs respirations, par exemple trois à cinq respirations lentes.

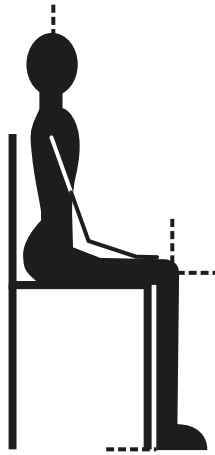


Figure 1.1. Posture tonique.

Source : P. Gautier, *Découvrir la sophrologie*, InterÉditions, 2011.

1^{re} étape

Apprécier la position de la tête, le tonus des muscles du visage. Accueillir les sensations au niveau du front, des tempes, sourcils, la petite zone entre les yeux, des paupières et des yeux, des petits muscles autour des yeux, du nez, des joues (l'intérieur et l'extérieur), des mâchoires, des lèvres, de la bouche et de la langue, les sensations au niveau des oreilles, du cuir chevelu. L'ensemble de la tête et du visage.

2^e étape

Accueillir les sensations du cou, de la nuque et des épaules, des bras, coudes, avant-bras, poignets et mains (dessus, paumes) jusqu'au bout de chaque doigt. Les sensations globales du cou et des membres supérieurs.

3^e étape

Les sensations au niveau du thorax : le haut du dos, les côtés, la poitrine. Les sensations au niveau de la peau, les sensations internes. Les mouvements.

4^e étape

Sensations au niveau du creux du dos, la région lombaire, des flancs, du ventre, de tout l'abdomen (ici, partie entre le thorax, délimité par les côtes et le bassin). Constat des mouvements, tels qu'ils sont, en particulier au niveau du ventre : sensation de la respiration, simplement telle qu'elle est (placement, mouvements, toutes les sensations).

5^e étape

Accueillir les sensations du bassin avec les muscles fessiers, ceux du périnée, le bas-ventre. Les sensations des membres inférieurs, du dessus des pieds, dessous des pieds, jusqu'au bout de chaque orteil. Tout le bas du corps (à chaque fois, globaliser l'étape, éventuellement en portant une partie de l'attention au point d'intégration).

6^e étape, la globalité

Perception renouvelée de l'ensemble du corps, du sommet de la tête, jusqu'aux pieds. Pour être complète, l'expérience est finalement volontiers renforcée par une douce tension du corps, synchronisée avec la respiration (il peut s'agir de s'étirer en bâillant tout en restant attentif aux variations au niveau du corps).

Intégrer et finaliser la pratique¹

Pause profonde (« phronique ») de totalisation (ou « d'intégration » si d'autres techniques sont proposées ensuite)

Dans une posture volontiers plus relâchée, assis au fond du siège, toujours les yeux fermés, rester quelques secondes à apprécier, à intégrer l'expérience dans le silence, dans un état de réceptivité vigile.

Dynamisation des capacités

Telles la confiance en soi, l'harmonie physique et mentale, puis la capacité d'espoir pour une vie pleine de sens (nous proposons l'abréviation mnémotechnique « CHE »), ou toutes autres capacités au choix des personnes². Cela synchronisé sur quelques respirations (une respiration par capacité par exemple).

Fin de pratique (« désophronisation »)

Préparation mentale, plusieurs inspirations amples, mobilisation des extrémités, puis de tout le corps, étirements, bâillements éventuels, avant l'ouverture des yeux.

Phéno-description écrite et/ou orale : expression des sensations, émotions, sentiments éprouvés.

1^{er} exemple de *terpnos logos* de la SBV

« Assis dans la position de votre choix, vous prenez le temps d'effectuer librement quelques mouvements... Vous prenez conscience de votre environnement...

Les yeux ouverts, présence des contacts, appuis, des mouvements, de la respiration, de toutes les sensations...

(Vous pouvez privilégier une posture tonique et confortable : paumes des mains sur les cuisses, pieds à plat au sol, tête droite, axe vertébral redressé, dans le juste tonus, pour vous...)

Si vous le décidez, vous fermez les yeux... Vous vous centrez davantage sur vous-même, dans l'accueil de toutes les sensations... À tout moment, vous prenez la liberté d'adapter les propositions...

.....

1. Cette étape finale ou « pause profonde de totalisation » est commune à toutes les techniques et méthodes fondamentales.

2. En lien avec les travaux d'Amy Cuddy et ses collaborateurs (2016) démontrant l'impact de la posture sur le sentiment de confiance (et objectivement sur les hormones circulantes), nous proposons volontiers d'adopter alors la posture tonique. Voir son livre *Presence : Bringing Your Boldest Self to Your Biggest Challenges*.

Pour faciliter la présence du corps dans la conscience : inspiration plus importante... rétention de l'air, vous étirez librement tout le corps... Expiration, vous relâchez... En respiration libre, vous accueillez toutes les informations corporelles...

Pour chaque lieu du corps, vous constatez simplement les sensations, telle qu'elles sont, au niveau de la peau, les sensations profondes, toutes les informations corporelles...

Vous accueillez les sensations au niveau de la tête, du visage...

Les sensations du cou, de la nuque, des épaules ; des membres supérieurs jusqu'au bout des doigts...

Accueil des sensations du thorax : la poitrine, les côtés, le dos. Les sensations superficielles, les sensations profondes. Simplement dans la présence de ce qui est, des variations éventuelles...

Les courbes, toutes les sensations de l'ensemble du dos.

Le creux du dos, la région lombaire, les flancs, le ventre. Les mouvements de la paroi abdominale. Vous laissez faire, laissez être les mouvements, simplement... Les mouvements en lien avec la respiration, telle qu'elle est... Sensations de la respiration...

Vous accueillez les sensations du bas du corps : le bassin, muscles fessiers, ceux du périnée, les organes sexuels. Les membres inférieurs jusqu'aux orteils...

Présence des contacts, des appuis. Sensations globales du corps...

(Inspiration... rétention, légère contraction de tout le corps... Expiration, relâchement. Vous prenez conscience de l'unité corporelle.) Vous vivez votre corps dans toute sa réalité...

En même temps, vous repérez là où se pose l'esprit, les changements au fil de la séance... Présence à vous-même, dans ce moment... Pause profonde de totalisation... Posé, reposé...

Vous pouvez maintenant vous redresser légèrement sur la chaise... Présence de tout le corps. Vous profitez de l'expérience pour dynamiser la confiance en vous... l'harmonie du corps et de l'esprit... Renforcez la capacité d'espoir pour une vie riche, pleine de sens...

Vous vous préparez à terminer la pratique.

Vous augmentez progressivement votre tonus... Vous respirez profondément... Vous commencez à bouger les extrémités : les orteils, les pieds, les doigts, les mains, le visage... Vous prenez au moins deux autres respirations, avec de

grandes inspirations. Vous continuez de mobiliser tout votre corps... Vous pouvez vous étirer, bâiller, faire tous les mouvements qui vous font plaisir, pour une complète récupération de votre tonus... »

Vous prenez le temps qu'il vous faut... Lorsque vous êtes prêt(e), vous ouvrez les yeux ! »

Voici un second exemple destiné à des personnes plus expérimentées, familières avec la technique.

2^e exemple de *terpnos logos* de la SBV

« Nous nous préparons en position assise, avec quelques mouvements libres...

Nous fermons les yeux... Prise de conscience de l'ensemble du corps assis...

De manière renouvelée, conscience de la forme de la tête, du visage, en train de se relâcher...

le cou, la nuque... Les épaules, les membres supérieurs, jusqu'au bout des doigts... Agréable perception au niveau des mains, qui se relaxent...

Prise de conscience du thorax, du dos, de haut en bas, en train de se relaxer, doucement...

Conscience de l'abdomen, du ventre... des mouvements... La respiration, calme, tranquille...

Conscience du bas du corps, qui peut se relâcher... Bassin... Les membres inférieurs, jusqu'au bout des orteils...

Un moment pour percevoir l'ensemble du corps, assis...

Maintenant, pour une meilleure présence du corps dans la conscience : inspiration, rétention, tension du corps... expulsion, relâchement. Présence de tout le corps...

Sensations de calme dans notre corps... Agréable sentiment de paix, de tranquillité, dans notre esprit...

Cette douce perception va nous accompagner pendant toute la journée...

Avec cette agréable présence, nous nous préparons à terminer la pratique.

Nous pouvons nous redresser doucement sur notre chaise...

Nous activons la confiance en nous-mêmes, l'harmonie physique et mentale, l'espoir pour une vie pleine de valeurs...

Nous terminons en augmentant notre tonus, nous nous redressons davantage...

Avec plusieurs grandes respirations, nous bougeons doucement les pieds, les mains, les bras... l'ensemble du corps...

Nous pouvons nous étirer, bâillez. Mobiliser tout le corps avec plus d'intensité...

Et quand nous le souhaitons, nous ouvrons les yeux... »

Technique clé n° 2 : libération des tensions inutiles (LTI) ou sophro-déplacement du négatif (SDN) (P. Gautier)

Cette technique, souvent appelée sophro-déplacement du négatif (SDN), est réalisée après l'expérimentation de la 1^{re} technique clé. Elle vise à libérer tout le corps des tensions inutiles. Nous appuyant pour cela sur chaque expiration, nous relâchons notre corps, couplé au projet de nous libérer de ce que nous pouvons qualifier de négatif (contractures, douleurs, etc.) au niveau de notre corps. À partir du 3^e degré de la relaxation dynamique, nous y ajoutons les tensions psychiques.

Fiche Le sophro-déplacement du négatif (SDN)

Indications

Elle convient, par exemple, lorsque nous souhaitons atténuer une sensation de stress ou de douleur, liée à une tension physique trop marquée. Avec l'entraînement, elle peut permettre de se libérer de sentiments négatifs en réalisant une sorte de mise entre parenthèses des ruminations. Elle peut aussi être utilisée chaque jour comme une véritable hygiène corporelle : le soir, comme un sas libérateur entre les activités professionnelles et personnelles, ou avant de se coucher, pour glisser vers un apaisement facilitateur du sommeil, etc.

Protocole

Ce protocole est privilégié, en association avec les deux autres techniques clés.

En posture tonique assise

1^{re} technique clé, technique de base vivantielle

Terminer par une stimulation corporelle : inspiration, rétention de l'air, tension globale du corps quelques secondes (tête en arrière, poings serrés...), expiration, relâchement (IRT-ER). Pause profonde d'intégration (PPI), le corps relâché, dans l'accueil des sensations.

Libération des tensions inutiles du 1^{er} système (tête)

Stimulation corporelle ciblée, en respiration synchronique : inspiration, rétention de l'air, tête en arrière, tension du système quelques secondes, repérage des sensations du système. Expiration, tête droite, relâchement (IRT-ER). En respiration libre, lors des expirations suivantes (par exemple trois à cinq expirations) : libération progressive des tensions du système. PPI.

Libération des tensions inutiles du 2^e système (cou, épaules, membres supérieurs)

Stimulation corporelle, en respiration synchronique : bras à l'horizontale, poings fermés. Pencher la tête en avant. Inspiration, rétention de l'air, tension des bras, de la nuque et du cou quelques secondes et repérage des sensations du système... Expiration, relâchement, mains sur les cuisses. En respiration libre : libération progressive des tensions du système sur chaque expiration. PPI.

Libération des tensions inutiles du 3^e système (thorax avec haut du dos)

Stimulation corporelle, en respiration synchronique : se glisser vers le bord de la chaise, appuis ferme du bassin, le dos droit, les pieds restent à plat sur le sol. Poser les mains à la base du sternum. Inspirer, retenir l'air, tendre les coudes vers l'arrière en rapprochant les omoplates. Tension du thorax, du haut du dos quelques secondes avec repérage des sensations. Expiration avec relâchement. En respiration libre, lors des expirations : libération progressive des tensions du système. PPI.

Libération des tensions inutiles du 4^e système (région lombaire, ventre)

Posture de départ. Stimulation corporelle, en respiration synchronique : poser les mains sur le ventre. Inspirer, retenir l'air, réaliser une pression des mains et une résistance par contraction abdominale quelques secondes, repérage des sensations. Expiration avec relâchement. En respiration libre : libération progressive des tensions du système sur chaque expiration. PPI.

Libération des tensions inutiles du 5^e système (bas du corps)

Posture de départ avec léger recul du bassin pour plus de stabilité. Stimulation corporelle, en respiration synchronique : tendre les deux jambes devant soi. Inspirer, retenir l'air, tension des muscles fessiers, ceux du périnée et des membres inférieurs et repérage des sensations quelques secondes. Expiration avec relâchement. En respiration libre lors des expirations suivantes : libération progressive des tensions du système. PPI.

Libération des tensions inutiles de tout le corps

Posture de départ. Stimulation corporelle, en respiration synchronique : mains derrière la tête ou la nuque. Inspiration, rétention de l'air, la tête et le buste vers l'arrière en écartant les coudes, avancer les pieds, talons en appui ferme au sol : tension de tout le corps et repérage des sensations sur l'ensemble du corps quelques secondes. Expiration, relâchement. Puis, lors de plusieurs expirations : libération progressive des tensions résiduelles de tout le corps.

Pause profonde (« phronique ») de totalisation – PPT (ou « d'intégration » si d'autres techniques sont proposées ensuite)

Posture plus relâchée, dos volontiers en appui. Rester quelques secondes à apprécier, à intégrer l'expérience dans le silence, dans un état de réceptivité vigile.

Dynamisation des capacités (« CHE »)

Voir fin de la 1^{re} technique clé.

Fin de pratique

Préparation mentale, plusieurs inspirations amples, mobilisation des extrémités, puis de tout le corps, étirements, bâillements éventuels, avant l'ouverture des yeux.

Phéno-description écrite et/ou orale : expression des sensations, émotions, sentiments éprouvés.

La technique globale abrégée

Elle consiste à réaliser la technique directement sur l'ensemble du corps (globalité) : inspiration, rétention de l'air, tension de tout le corps quelques secondes, expiration, relâchement (IRT-ER). Repérage des tensions éventuelles sur l'ensemble du corps puis, lors de plusieurs expirations : libération progressive des tensions de tout le corps.

Remarquez que cette version est la dernière étape de la **méthode complète** que nous présentons ici.

Exemple de *terpnos logos* du SDN par les cinq systèmes

« Assis dans la position de votre choix, vous prenez le temps d'effectuer librement quelques mouvements... Vous prenez conscience de votre environnement...

Les yeux ouverts, présence des contacts, appuis, des mouvements, de la respiration, de toutes les sensations...

Vous pouvez fermer les yeux... Vous vous centrez davantage sur vous-même, toujours dans l'accueil des sensations... À tout moment, vous prenez la liberté d'adapter les propositions...

En respiration libre, tranquille, vous accueillez toutes les informations corporelles...

Pour chaque lieu du corps, vous constatez simplement les sensations, telle qu'elles sont, au niveau de la peau, les sensations internes, toutes les informations corporelles...

Vous accueillez les sensations au niveau de la tête, du visage...

Les sensations du cou, de la nuque, des épaules ; des membres supérieurs jusqu'au bout des doigts...

Accueil des sensations du thorax : la poitrine, les côtés, le dos. Les sensations superficielles, les sensations profondes. Simplement dans la présence de ce qui est, des variations éventuelles...

La région lombaire, les flancs, le ventre. Les mouvements de la paroi abdominale. Vous laissez faire, laissez être les mouvements, simplement... Les mouvements en lien avec la respiration, telle qu'elle est... Sensations de la respiration...

Vous accueillez les sensations du bas du corps : le bassin, muscles fessiers, ceux du périnée, les organes sexuels. Les membres inférieurs jusqu'aux orteils...

Présence des contacts, des appuis. Sensations globales du corps... Vous vivez votre corps dans toute sa réalité...

En même temps, vous repérez là où se pose l'esprit... Présence à vous-même...

Toujours dans l'accueil des variations, vous vous installez dans la posture tonique : avancez légèrement votre bassin, axe vertébral redressé, paumes des mains sur les cuisses, pieds à plat au sol. Vous appréciez les sensations de l'ensemble du corps dans la posture...

Stimulation douce de tout le corps : inspiration plus importante, rétention de l'air, tension confortable de tout le corps... Expiration, relâchement. Présence de tout le corps dans la posture... Vous vous préparez pour la libération des tensions inutiles, région corporelle par région corporelle...

Vous commencez par la tête : accueil des sensations à ce niveau. Inspiration, tête légèrement vers l'arrière, rétention de l'air, contraction des muscles du visage, de la bouche et repérage des tensions... Expiration, tête droite, relâchement...

En respiration libre, sur chaque expiration : libération des tensions de la tête et du visage (les muscles autour des yeux. Joues, mâchoire, langue... Tout le visage, toute la tête)...

Avec une perception nouvelle de la tête et du visage, vous terminez la technique.

Pause profonde d'intégration. Le dos peut être en appui au fond du siège. Vous relâchez un peu plus le visage, les épaules, les mains. Un temps pour simplement vivre l'expérience, telle qu'elle est...

Pour continuer la technique, vous vous installez dans la posture tonique, dos décollé du dossier.

Vous vous préparez pour la libération des tensions inutiles au niveau du cou, des épaules et membres supérieurs.

Stimulation corporelle : vous placez les bras à l'horizontale devant vous, poings fermés. La tête penchée en avant. Inspiration, rétention de l'air, tension des bras, de la nuque et du cou quelques secondes et repérage des tensions... Expiration, tête droite, relâchement, mains posées doucement sur les cuisses... Sur chaque expiration : libération des tensions inutiles (au niveau du cou, des épaules, des membres supérieurs)...

Avec une perception nouvelle des lieux du corps stimulés, vous terminez la technique.

Pause profonde d'intégration. Le dos peut être en appui. Vous relâchez un peu plus le visage, les épaules, les mains. Un temps pour simplement accueillir l'expérience...

Pour continuer la technique, posture tonique, dos décollé du dossier.

Vous vous préparez pour la libération des tensions inutiles au niveau du thorax, du haut du dos.

Stimulation corporelle : posez les mains à la base du sternum. Inspiration, rétention, tension des coudes vers l'arrière en rapprochant les omoplates. Tension du thorax, du haut du dos quelques secondes ; repérage des sensations. Expiration, relâchement. Sur chaque expiration : libération des tensions...

Avec une perception nouvelle du thorax, vous terminez la technique.

Pause profonde d'intégration. Le dos peut être en appui. Relâchement... Un temps pour accueillir l'expérience...

Pour continuer la technique, posture tonique.

Vous vous préparez pour la libération des tensions inutiles au niveau de la région lombaire et de l'abdomen.

Stimulation corporelle : les mains sur le ventre, inspiration, rétention, légère pression des mains avec contraction abdominale et lombaire... Expiration, relâchement. Sur chaque expiration : libération des tensions...

Avec une perception nouvelle de l'abdomen, vous terminez la technique.

Pause profonde d'intégration. Le dos peut être en appui. Relax, relaxation... Un temps d'accueil des sensations...

Pour continuer la technique, posture tonique.

Vous vous préparez pour la libération des tensions inutiles au niveau du bas du corps.

Le bassin au fond du siège, vous vous redressez dans une posture tonique.

Stimulation corporelle : les jambes levées devant vous. Inspiration, rétention, tension des muscles fessiers, ceux du périnée et des membres inférieurs, repérage des sensations... Expiration, relâchement.

Sur chaque expiration : libération des tensions inutiles au niveau de bassin, des membres inférieurs, jusqu'aux orteils...

Avec une perception nouvelle du bas du corps, vous terminez la technique.

Pause profonde d'intégration. Le dos peut être en appui. Relâchement... Sensations...

Pour terminer la technique, pour toute la corporalité, posture tonique...

Les mains derrière la tête ou derrière la nuque. Pieds avancés. Inspiration, rétention, tête et buste vers l'arrière en écartant les coudes : tension de tout le corps, talons en appui ferme au sol. Repérage des tensions sur l'ensemble du corps. Expiration, relâchement... Mains posées tranquillement sur les cuisses, vous ramenez les pieds dans leur position initiale...

Pause profonde de totalisation. Vous vous installez confortablement, le corps relâché, sans tension inutile. Un moment pour vous posez, re-posez, dans l'accueil des sensations... Agréable perception de tranquillité, paisible sensations de calme...

Vous pouvez maintenant vous redresser légèrement sur la chaise... Présence de tout le corps. Vous profitez de l'expérience. Vous dynamisez la confiance en vous... l'harmonie corps-esprit... Renforcez la capacité d'espoir pour une vie riche, pleine de sens...

Avec une agréable perception qui peut vous accompagner pour le reste de la journée, vous vous préparez à terminer la pratique.

Vous augmentez progressivement votre tonus... Vous respirez profondément... Vous commencez à bouger les extrémités : les orteils, les pieds, les doigts, les mains, le visage... Vous prenez au moins deux autres respirations, avec de grandes inspirations. Vous continuez de mobiliser tout votre corps... Vous pouvez vous étirer, bâiller, faire tous les mouvements qui vous font plaisir, pour une complète récupération de votre tonus...

Vous prenez le temps qu'il vous faut... Lorsque vous êtes prêt(e), vous ouvrez les yeux ! »

Technique clé n° 3 : technique d'activation-vitale (SAV) (P. Gautier)

Cette troisième technique clé – appelée de manière orthodoxe « sophro-activation vitale » (SAV) – n'est volontiers abordée qu'après plusieurs entraînements aux deux précédentes. Elle se propose d'orienter la vivance corporelle vers « une douce augmentation de la température, de l'énergie, de la chaleur vitale et du plein fonctionnement des tissus et des organes vitaux³ ».

.....

3. Caycedo A. (2001), dans Gautier P., *Découvrir la Sophrologie*, Paris, Dunod.

Il s'agit de ressentir et de vivre en plein la chaleur vitale, l'énergie qui circule en nous, l'activité de notre corps présente au niveau de notre peau, dans nos muscles, dans nos organes et dans chaque cellule. L'augmentation réelle de la température, bien que très légère, a un impact énergétique.

Fiche Technique d'activation-vitale (SAV)

Indications

Associée aux deux autres techniques clés, elle est l'une des modalités d'entraînement quotidien. L'ensemble des trois techniques peut être réalisé par exemple en 10 minutes, voire de manière plus abrégée une fois maîtrisé.

Cette 3^e technique permet de renforcer la conscience de la vitalité présente et potentielle de notre corps. Cela peut progressivement permettre le développement d'une attention différente, voire la mise en place d'actions bienfaitantes pour notre corps. En ce sens, c'est une technique prophylactique permissive pour développer une meilleure santé.

Initiée avant d'autres propositions, elle prépare la suite de la séance avec un amorçage dynamisant et positif. D'une façon globale, elle permet de rendre plus présent à la conscience chaque organe en lien avec son système, de fortifier son bon fonctionnement, de dynamiser finalement tout le corps en profondeur.

Protocole

Il s'agit d'une technique synchronisée là encore avec la respiration (une des nombreuses modalités de la « sophro-respiration synchronique »). En respiration ordinaire, sur chaque inspiration, il est proposé de dynamiser la vitalité, le bon fonctionnement organique, dans tout ou partie du corps. Sur chaque expiration, l'expérience est renforcée. En même temps, il est possible de prononcer mentalement un ou plusieurs mots évocateurs sur chaque inspiration et expiration.

Debout (si relaxation dynamique notamment) ou assis

- 1^{re} technique clé, technique de base vivantielle (SBV).
- Libération des tensions inutiles (SDN) selon la modalité complète ou abrégée.
- Assis : activation vitale.
- Assis dans la posture tonique : activation de la vitalité au niveau de la tête (1^{er} système).
- Posture assise relâchée au fond du siège (posture dite du « 2^e degré ») : pause profonde d'intégration.
- Posture tonique assise : déplacer la tête très légèrement vers l'arrière : activation de la vitalité au niveau du cou, des épaules, des membres supérieurs (2^e système).
- Posture assise relâchée au fond du siège (tête droite) : pause profonde d'intégration.
- Même principe (tête droite) pour les 3^e, 4^e et 5^e régions corporelles.
- Posture tonique assise : activation de la vitalité de toute la corporalité (globalité).
- Posture assise relâchée au fond du siège (posture dite du « 2^e degré ») : pause profonde d'intégration.

- Pause profonde (« phronique ») de totalisation, posture plus relâchée, dos volontiers en appui.
- Dynamisation des capacités (« CHE », voir fin de la 1^{re} technique clé).
- Fin de pratique : phéno-description écrite et/ou orale.

Exemple récapitulatif de *terpnos logos* des 3 techniques clés, abrégées

« Debout, vous vous repérez dans la pièce... En même temps, vous pouvez effectuer quelques mouvements...

Vous vous installez dans une position confortable. Présence des appuis, des contacts. Sensations des mouvements, de la respiration, de toutes les sensations...

Lorsque vous le décidez, vous fermez les yeux... Vous vous centrez davantage sur vous-mêmes...

Vous accueillez toutes les sensations... Conscience de l'ensemble du corps, debout...

Vous êtes dans une présence attentive aux sensations au niveau de la tête, du visage...

Les sensations du cou, de la nuque, des épaules ; des membres supérieurs jusqu'au bout des doigts...

Accueil des sensations du thorax : la poitrine, les côtés, le dos. Les sensations superficielles, les sensations profondes...

La région lombaire, les flancs, le ventre. Les mouvements de la paroi abdominale... La respiration...

Sensations du bas du corps : le bassin, les membres inférieurs jusqu'aux orteils...

Présence des appuis, des contacts. Sensations globales du corps... Vous vivez le corps dans toute sa réalité...

En même temps, vous appréciez votre niveau de conscience... Présence vigile à vous-mêmes...

Vous vous préparez pour la libération des tensions inutiles abrégée, région corporelle par région corporelle...

Vous élevez les bras à la verticale... Les poings fermés : inspiration, rétention de l'air, tension de tout le corps... Expiration, relâchement. Vous descendez doucement les doigts vers le 1^{er} espace d'interaction. Libération des tensions, au niveau de la tête et du visage, sur chaque expiration...

Les doigts sur le 2^e espace d'interaction. La tête très légèrement en arrière. Libération des tensions inutiles au niveau du cou, des épaules, des membres supérieurs...

Tête droite, doigts sur le 3^e espace. Libération des tensions inutiles du thorax...

Doigts sur le 4^e espace. Libération des tensions de l'abdomen...

Sur le 5^e : libération des tensions inutiles au niveau du bas du corps...

Pour toute la corporalité, les mains au niveau de l'ombilic. Libération des tensions inutiles de tout le corps...

Vous terminez la technique. Relax, relaxation, les bras le long du corps... Agréable perception de l'ensemble du corps relâché...

Vous repérez votre chaise. Vous pouvez vous asseoir pour un moment d'intégration... Vous pouvez relâcher un peu plus le visage, les épaules, les mains, l'ensemble du corps... Vous appréciez l'expérience, quelques instants...

Vous vous préparez pour la technique d'activation vitale, pour toute la corporalité.

Pour cela vous vous installez dans une posture tonique : vous pouvez avancer légèrement sur votre siège ; dos redressé ; paumes des mains sur les cuisses...

Présence de l'ensemble du corps dans la posture...

En respiration ordinaire, sur chaque inspiration, douce activation de la vitalité. Sur chaque expiration, agréable diffusion de la vitalité dans tout le corps... En même temps, vous pouvez renforcer l'expérience en prononçant mentalement un ou plusieurs mots de votre choix à l'inspiration, un ou plusieurs mots à l'expiration...

Avec une perception renouvelée, vous arrêtez l'activation...

Relâchement, au fond du siège. Pause profonde de totalisation... »

Suite et fin comme pour la 1^{re} technique clé.

Protection sophro-liminale (PSL) (N. Baste)

Cette technique est proposée après les trois techniques clés. Il s'agit d'entrer en conscience de sa respiration en niveau sophronique. Ce moment constitue donc un temps important de la séance puisqu'elle se propose de prendre conscience de sa respiration spontanée et d'accorder celle-ci à une pensée, à une émotion ou à un autre contenu mental qui serait présent.

La respiration fait partie des actes premiers de la vie et accompagne celle-ci jusqu'à la fin. Nous pouvons dire simplement que, comme nous respirons tout le temps, nous pouvons avoir accès à la conscience de notre respiration à chaque fois que nous le souhaitons. Tout se passe comme si nous pouvions utiliser notre respiration comme un outil dont nous disposons à chaque instant.

Notre respiration s'adapte sans cesse à nos états physiques et psychiques. Nous respirons plus vite si nous courons ou si nous marchons vite ou encore si un élément extérieur vient nous stresser. Régulièrement nous poussons des soupirs sans nous en apercevoir qui nous apaisent. La respiration régule notre monde interne en lien avec nous-mêmes et avec l'extérieur. C'est cette fonction physiologique, naturelle de la respiration, que nous utilisons en sophrologie.

Fiche Protection sophro-liminale (PSL)

Indications

Utilisée seule, la protection sophro-liminale, l'une des modalités les plus connues de la sophro-respiration synchronique⁴, nous permet de descendre en niveau de conscience modifiée, en niveau sophronique assez rapidement. Elle peut être un moyen de lutter contre une angoisse ou un élément stressant, une certaine façon de se rassembler soi-même par le seul moyen de la respiration et de la respiration en conscience.

Après les trois techniques clés, elle permet de descendre profondément en état sophronique. Par son côté apaisant, elle s'intègre dans les séances en vue de l'amélioration du sommeil.

Protocole

Les trois techniques clés :

- Conscience de la respiration spontanée. Sur chaque expir, prononcez mentalement un mot qui évoque la paix, le calme, la tranquillité.
- Naissance d'un souhait. Prononcez mentalement une courte phrase en lien avec un projet, un événement à venir. Cela peut-être quelque chose qui a été évoqué pendant l'anamnèse ou bien quelque chose que nous laissons venir en état sophronique.
- Prendre un temps pour rassembler tout cela à l'intérieur de soi, toujours en sophro-respiration synchronique.

.....

4. La sophro-respiration synchronique (SRS) consiste à synchroniser un processus physique et/ou mental avec la respiration.

Exemple de *terpnos logos*

« Je vous propose de prendre conscience de votre respiration spontanée... les mouvements de la respiration... votre respiration est calme... tranquille... petite... Vous percevez-les mouvements de votre respiration dans le ventre... la respiration est souple dans le ventre... le ventre se gonfle doucement à l'inspir... ce dégonfle lentement à l'expir... Vous sentez et la respiration dans le plexus solaire... il participe à la respiration... il se soulève à l'inspir... redescend à l'expir... la respiration est tranquille dans le thorax... le thorax se soulève à l'inspir... redescend à l'expir... tout doucement... la respiration est présente dans la gorge... dans l'arrière-gorge... dans le nez... Vous pouvez sentir l'air qui entre dans le nez... l'air qui ressort un peu plus chaud... peu à peu l'expir se fait un peu plus profonde... vous êtes tout à fait bien installé dans votre respiration... dans votre colonne d'air... l'expir est profonde... l'inspir est légère... Sur chaque expir, vous allez prononcer un mot qui vous évoque la paix... Le calme... l'harmonie... tranquillement... plusieurs fois... sur l'expir... Vous êtes tout entier présent à votre respiration... à votre mot...

Maintenant, sur chaque expir, vous prononcez mentalement une courte phrase qui évoque un projet qui vous tient à cœur dans le futur proche... Vous voulez laisser venir ce futur proche positif... Vous prononcez mentalement la courte phrase qui lui correspond... sur l'expir... Vous prononcez la phrase plusieurs fois sur chaque expir... Prenez votre temps... l'expir est profonde... la phrase vient trouver sa place sur chaque expir... la phrase est présente en vous... complètement... totalement... Vous pouvez laisser votre phrase en suspend... Vous pourrez la retrouver aujourd'hui... dans les jours à venir... Vous prenez conscience du calme... de la détente de tout votre corps... Conscience de vos sensations ici et maintenant... la paix... l'harmonie... »

Vivance phronique de la respiration (N. Baste)

Aux commencements de la sophrologie, toute séance de relaxation dynamique du premier degré commençait par la pratique du *kafa*, nommé également le *kafa-cleaning*. Il s'agit d'un exercice de purification des fosses nasales.

Cet exercice venu tout droit du yoga consiste en un rituel de purification. Il impose de se concentrer sur sa respiration, en pleine conscience de ce qui se passe. L'eau passe d'une fosse nasale à l'autre, pour cela, elle emprunte un chemin qui croise celui du V^e nerf crânien, le plus grand nerf crânien, le trijumeau.

Fiche Vivance phronique de la respiration

Indications

Elle consiste en un véritable travail sur la respiration qui se fait en conscience. Purification de la sphère ORL et des sinus. Particulièrement indiqué en cas de sinusite ou de rhinite

Préparation

Il est conseillé de faire bouillir de l'eau, de la faire refroidir à 37°. L'idéal est de préparer un mélange, un sérum physiologique salé à 9/1 000.

Protocole

- Sophronisation de base en position debout.
- Prendre le *kafa* ou la pipette remplie d'eau tiède. Placer la pipette dans une narine et laisser couler l'eau d'une narine à l'autre.
- Faire ce geste de chaque côté.
- Prendre le temps que l'eau s'écoule dans un mouchoir et éventuellement se moucher une narine après l'autre. Prendre le temps de percevoir ce qui se passe, de sentir l'eau passer dans les fosses nasales, dans la gorge, dans l'arrière-gorge.
- Respirer encore plusieurs fois, tranquillement, en conscience.

Sophro-présence du positif (SPP) (N. Baste)

Cette technique est également appelée « sophro-présence immédiate ». Elle permet d'avoir accès à ses propres ressources et de les activer dans un esprit positif.

La technique consiste tout d'abord à vivre, dans l'« ici et maintenant » de la relaxation (= présence immédiate), les sentiments profonds et les sensations positives que l'on éprouve vis-à-vis de situations, d'objets ou d'êtres chers... Sentiments et sensations qu'on laisse ensuite s'« incorporer » en nous. Véritable « somatisation du positif » (A. Caycedo), activée avec la respiration.

Fiche Sophro-présence du positif (SPP)

Indications

- Apprendre à lutter contre le stress.
- Activer le positif afin de retrouver de la confiance en soi tant d'un point de vue personnel que d'un point de vue professionnel.

Protocole

- Sophronisation de base.
- Sophro-déplacement du négatif.
- Sophro-activation vitale.
- Laisser venir une image ou une pensée positive, sentir le bien-être à partir de cette image ou cette pensée, à chaque inspiration, se laisser remplir de ces éléments positifs et du bien-être qu'ils apportent.
- Temps de totalisation.
- Désophronisation.
- Phénodescription.

Exemple de *terpnos logos***Sophronisation de base, sophro déplacement du négatif, sophro activation vitale, sophro-présence immédiate**

Nous pouvons maintenant retrouver une situation positive... un souvenir plaisant par exemple... en revivant toutes les sensations, les sentiments très agréables que ce souvenir évoque en nous... l'affection pour un être qui nous est cher, un sentiment de joie... des sensations de calme... de force... de dynamisme, selon les cas... nous acceptons tout ce qui nous vient spontanément de très positif.

On peut même imaginer que chaque inspiration renforce à l'intérieur de nous-même tout ce positif... qu'on intériorise encore davantage avec la respiration...

Au rythme de notre respiration ce sentiment, cette pensée, ces sensations bénéfiques continuent à se répandre en nous-mêmes complètement, très agréablement...

Totalisation

Je me sens bien dans ma peau... Bien-être...

Désophronisation

Et, emplis de cette sensation de bien-être et d'harmonie l'on va pouvoir tranquillement se retrouver progressivement bien en contact et en pleine forme avec la réalité extérieure...

Sophro-attention et sophro-concentration (N. Baste)

Ces techniques s'intègrent dans la relaxation dynamique du premier degré (RDI) et consistent à apporter son attention et à exercer sa concentration sur un objet neutre.

Après avoir mis à l'œuvre les trois techniques clés, la sophronisation de base, le sophro-déplacement du négatif, la sophro-activation-vitale, il s'agit d'observer trois temps : un temps de concentration, un temps de méditation et un temps de contemplation. L'objet neutre consiste en un support à la concentration. Dans le parcours en sophrologie, nous pouvons amener différents objets et, lorsque cela a du sens, un objet chargé d'affects ou d'émotions. Il est intéressant de s'entraîner d'abord avec un objet neutre, puis de laisser venir l'image d'objets porteurs d'affects ou d'émotions.

Fiche

Fiche. Sophro-attention et sophro-concentration

Indications

Les exercices de sophro-attention et de sophro-concentration, en travaillant sur l'attention et sur la concentration, permettent d'améliorer les capacités de fixation mnésique. Il peut s'agir d'un véritable entraînement de la mémoire. Cette technique trouve ainsi une place privilégiée pour l'entraînement sophrologique à la préparation des examens et des concours. Elle est intéressante, dès l'enfance et l'adolescence, en ce qui concerne les apprentissages. Elle peut également accompagner tout au long de la vie des situations de changement, dans la vie personnelle ou professionnelle, des situations de formation continue ou de reprise d'études.

Protocole

En position assise

- Les trois technique clés, rapides ou abrégées.
- Visualisation d'un objet neutre. Porter toute son attention sur l'objet, le délimiter, l'observer, le fixer. Le garder en conscience. Exercer toute sa concentration sur l'objet en conscience. Regarder l'objet en entier. Contempler sa forme, sa couleur. Regarder un petit détail sur l'objet, un autre détail, encore un autre, plusieurs détails. Le regarder à nouveau en entier, par-dessus, par-dessous, sur les côtés. Imaginer la vie de l'objet, son histoire, ses petites histoires. Vivre l'objet devant soi et en soi. Laissez venir ses propres pensées sur ce que l'objet représente pour soi, ce qu'il me dit, ce qui me raconte, ce qu'il symbolise pour soi.

Exemple de *terpnos logos*

Les trois techniques clés rapides et abrégées.

« Je vous propose de laisser venir devant vous l'image d'un objet... l'objet que vous voulez... laissez simplement venir l'image de l'objet de votre choix... Si aucun objet ne vient instantanément... prenez votre temps... l'objet va apparaître... s'il y en a plusieurs, choisissez un objet... Prenez votre temps... Lorsque l'objet est là, regardez-le tranquillement... Vous voyez sa forme... sa ou ses couleurs... sa texture... Est-il uniforme ?... A-t-il des reflets ?... Vous regardez votre objet... seulement votre objet... Vous pouvez le délimiter... parcourir son contour des yeux... Vous pouvez vous approcher et observer un petit détail... un autre petit détail... encore un autre petit détail... vous pouvez tourner autour de l'objet... le regarder par-dessus... le regarder par-dessous... en faire le tour... si vous voulez, vous pouvez toucher votre objet... à différents endroits... vous sentez sa texture sous vos mains... sa température... est-il plutôt chaud ou plutôt froid ?... Vous sentez peut-être son parfum, son odeur... Imaginez l'histoire de votre objet... Comment est-il arrivé ici ?... Quelle est sa vie ici ?... Comment cela se passe-t-il pour lui actuellement ?... A-t-il connu des changements ?... Connaîtra-t-il des changements à venir ?... Aurez-vous un impact sur votre objet ou pas du tout ?... Conscience de ce que cet objet provoque en vous... un affect... une pensée... une émotion... un souvenir... ou autre chose... À cet instant, ce que vous percevez, c'est l'objet et vous-même... Conscience de l'objet dans toutes ses dimensions... dans tout ce qu'il représente pour vous... dans tout ce qu'il symbolise pour vous ici et maintenant... Gardez tout cela en vous ici et maintenant... Conscience de tout votre corps à cet instant... le calme... la détente... Si vous ressentez quelques tensions, laissez la détente s'installer un peu plus... tout en gardant profondément en vous l'image de votre objet... vous permettez à votre corps de se détendre de plus en plus... de haut en bas... dans votre conscience... votre objet... la détente s'installe de plus en plus profondément dans chacun de vos cinq systèmes... l'objet... la relaxation... Ainsi votre objet est-il ancré dans votre conscience... si vous le souhaitez, vous pourrez retrouver l'image de votre objet lors d'une relaxation avenir... lorsque vous le souhaitez, vous laisserez disparaître l'image de l'objet... vous savez que vous pourrez la retrouver à chaque fois que vous le souhaitez... »

Désophronisation, reprise, accueil des sensations.

Phénodescription.

Sophro-substitution-sensorielle (SSS) (B. Etchelecou)

Cette technique est fréquemment utilisée en soin de support contre la douleur. Son principe est simple, il s'agit de transformer une sensation en une autre sensation ou en autre chose. Par exemple, nous pouvons proposer de se concentrer sur une zone douloureuse, de bien repérer la douleur et de la transformer en chaleur ou en fraîcheur. Nous pouvons également proposer de placer une couleur sur la zone douloureuse et de changer cette couleur en une autre couleur.

Sophro-substitution-sensorielle (SSS)

Indications

- Toutes les douleurs chroniques, les douleurs induites par les soins.
- Utile en anesthésie locale, en complément.
- Indispensable en obstétrique, pendant la naissance et dans les suites de couches.

Protocole

- Se concentrer, se focaliser sur la zone douloureuse.
- Localiser et limiter la zone douloureuse que l'on veut travailler. Sur cette zone, laisser venir une douce sensation de chaleur ou bien une douce sensation de fraîcheur. Laisser celle-ci se poser sur la zone. La chaleur ou la fraîcheur vient prendre la place de la douleur.

Autre procédé :

- Choisir une couleur, la couleur vient se poser sur la zone douloureuse, elle en situe bien les contours, les bords et le milieu.
- Choisir une autre couleur, prendre le temps pour faire ce choix, laisser cette deuxième couleur prendre la place de la première. Cette couleur prend la place de toute la zone douloureuse.

Exemple de terpnos logos

Sophronisation de base

Analgésie

La douleur est le plus souvent transformée en sensation de chaleur. Pour cela, on demande au sujet de poser sa main sur la région douloureuse en indiquant :
« La chaleur de votre main va passer dans cette partie du corps... Prenez le temps qu'il vous faut pour sentir cette partie de votre corps emplie d'une chaleur bien agréable... Quand ce sera fait, vous pourrez me l'indiquer en levant votre index droit. »

On peut aussi utiliser des images mentales qui suggèrent fortement la chaleur : le sujet est près d'une cheminée dont le feu réchauffe le corps et, tout particulièrement, la région douloureuse... Ou encore, il est étendu sur le sable, exposé aux rayons bienfaisants du soleil...

Lorsque la chaleur est ressentie (doigt levé), on laisse le sujet s'imprégner de cette nouvelle et agréable sensation, en accentuant éventuellement le phénomène par suggestion.

Anesthésie

On se servira ici plutôt de la sensation de froid. Puis, on insistera sur l'insensibilité de la région concernée. L'imagerie mentale (bain glacé, etc.) a une forte portée.

Un des procédés consiste à anesthésier d'abord une main, puis à déplacer cette sensation sur la partie du corps qu'on veut réellement insensibiliser. On peut ainsi suggérer au patient qu'il porte un gant (bien délimiter la partie qui s'arrête au poignet) qui épouse parfaitement la main.

Il imagine ensuite que le cuir passe au travers des doigts, au dos et aux creux de la main, en laissant la chair traversée absolument insensible. Le gant traverse la peau jusqu'aux os.

On attend que le sujet soit bien imprégné de cette image et de la sensation d'anesthésie qui l'accompagne.

Si on en a besoin, on déplacera ensuite cette anesthésie dans une autre région du corps. Par exemple, pour une préparation à une intervention en dentisterie, on peut demander au sujet de mettre sa main anesthésiée en contact avec la joue, à l'endroit que l'on veut insensibiliser. Il sentira alors le « passage » de l'anesthésie, de la main à la zone indiquée.

Il est important de donner une limite de temps, pendant laquelle agira l'anesthésie, après la reprise.

Certains praticiens intègrent un signe-signal conditionnant dans leurs inductions : « Chaque fois que vous ferez telle chose (par exemple, joindre le pouce et l'index droits), votre anesthésie se mettra immédiatement en place » ou : « Chaque fois que cela vous fera mal, il vous suffira de joindre le pouce et l'index droit pour instantanément sentir s'installer cette chaleur, pendant x temps, sans même entrer en état soporifique. »

(Pour une préparation dentaire : « Au moment où vous entrerez dans le cabinet dentaire, cette anesthésie s'installera automatiquement où elle se trouve actuellement. »)

Reprise : *comme en sophronisation de base, sauf la partie insensibilisée, qui le restera pendant x temps.*

2. Les techniques de futurisation (orientées vers le futur)

Plusieurs modalités sont possibles pour ces techniques. Les variantes, au-delà des noms des techniques, seront choisies par le praticien en fonction de chaque personne, là où elle en est avec la méthode et en tenant compte de sa dynamique personnelle. Par exemple, l'accompagnement sera différent si la personne :

- n'a jamais expérimenté le type de situation pour laquelle elle se prépare ;
- en a eu une expérience perçue comme négative (travail plus délicat) ;
- en a déjà eu une expérience positive.

Il nous semble utile de préciser qu'il ne s'agit pas tant d'imaginer le résultat en termes de performance (par ex. 1^{er} à une compétition), mais bien de **renforcer les ressources et capacités** (émotionnelles, physiques et/ou cognitives) utiles ou nécessaires.

Ce sont aussi des moyens de se faire un « CINE » positif (cf. chapitre 3 sur le stress) : augmenter le contrôle perçu pour des situations à venir, les rendre plus prévisibles, moins nouvelles ou plus familières, en renforçant aussi notre confiance en nous-mêmes et en diminuant, voire en supprimant, l'anxiété initiale.

Ces techniques seront d'autant plus efficaces qu'elles ne se limiteront pas à la seule modalité visuelle : il s'agit idéalement de vivre pleinement l'expérience, émotionnellement et d'un point de vue multi-sensoriels.

Futurisation simple (FS) (P. Gautier)

Elle consiste à imaginer librement « quelque chose » d'agréable, dans le quotidien, qui va probablement être vécu dans un avenir proche⁵. Le sophrologue utilise un *terpnos logos* épuré, généraliste, dans lequel il ne donne pas de détails sensoriels de la situation. Cette technique est au futur ce que la sophro-mnésie libre⁶ est au passé.

.....

5. Gautier P. (2011).

6. Voir par exemple Gautier P. (2011), p. 108 et 109.

Fiche Futurisation simple

Indications

Cette technique renforce, de manière simple, le positif au regard de notre futur, en lien avec des situations habituelles, sans anxiété. C'est aussi un moyen de préparer les autres techniques de futurisation, de tester la capacité actuelle de la personne accompagnée à une projection positive sur son devenir.



Figure 1.2. Futurisation simple.

Protocole

Il est recommandé, pour toutes les techniques de futurisation ou de prétérisation (voir plus loin), de réaliser un amorçage émotionnel positif. Ceci est à systématiser avec des débutants. Pour cela, la sophronisation de base vivantielle (SBV), suivie de la protection sophro-liminale, est une possibilité. Ces deux techniques précéderont la futurisation avant la pause de totalisation.

Une option plus actuelle consiste à réaliser les trois techniques clés abrégées, avant la futurisation et la pause de totalisation.

Posture tonique assise

SBV, sophro-déplacement du négatif global, abrégé, sophro-activation vitale globale, abrégée⁷.

FSL : évocation d'une situation future agréable, positive, seul ou accompagné. Avec notre corps : sensations de bien-être (sensations intéro et extéroceptives, émotions). Avec notre esprit : agréable perception de la situation qui génère des pensées et sentiments positifs.

Posture assise relâchée au fond du siège : pause profonde de totalisation. Insister sur les sensations, le moment présent (certaines personnes pouvant se dissocier). Fin de séance habituelle.

Exemple de *terpnos logos* (FS)

Les trois techniques clés : sophronisation de base vivantielle. Sophro-déplacement du négatif global abrégé. Sophro-activation vitale globale, abrégée.

Posture tonique.

.....

7. La SAV peut être remplacée par la sophro-présence du positif, si c'est une technique maîtrisée.

« Maintenant, pour renforcer les structures positives de la conscience, futurisation simple. Vous évoquez quelque chose d'agréable, que vous allez probablement vivre dans quelque temps (quelques heures, quelques jours). Un moment positif, simple, seul ou partagé. Quelque chose de sympathique, qui vous fait du bien !...

Vous ressentez pleinement, avec tout le corps, le bien-être apporté par l'évocation... Avec chaque respiration, agréables sensations...

Vous éveillez, avec votre esprit, une énergie positive : agréables sentiments qui peuvent s'amplifier progressivement...

Vous y mettez autant de détails que vous le souhaitez... Pendant quelques instants, évocation agréable de votre futur proche... [environ une minute de silence].

Vous terminez tranquillement l'évocation...

Pause profonde de totalisation... Après quelques mouvements confortables, posture relâchée au fond du siège... Vous pouvez relâcher davantage le visage, les épaules, les mains...

Vous vous intéressez à toutes les sensations. Les contacts, les appuis, les mouvements, la respiration... Conscience du lieu, de ce moment. Pleine présence à vous-même, à l'expérience... »

Fin en suivant par exemple le protocole de conclusion de la SBV.

Sophro-acceptation progressive (SAP) (P. Gautier)

La sophro-acceptation-progressive est fréquemment utilisée dans de nombreux domaines. Il s'agit certainement de la technique de futurisation la plus employée. Son principe est simple, il s'agit d'envisager une situation future de la façon la plus positive possible.

Lorsque cela est possible, il est souhaitable de s'y prendre deux ou trois mois à l'avance et de prévoir plusieurs séances. Plusieurs modalités sont possibles⁸. Selon les protocoles les plus orthodoxes, cette technique consiste à se projeter dans l'avenir, à environ deux mois. Il s'agit de se ressentir (toutes les sensations sont mobilisées), de manière optimale, dans une situation ou un projet dont nous avons envie ou que nous aurons à vivre.

En cas d'anxiété trop importante ou en cas de doute, l'éventuelle situation redoutée – qui peut se passer au-delà de l'évocation – n'est pas suggérée directement. La

.....

8. Voir par exemple Gautier (2011), p. 106-107.

répétition de la technique provoque une **acceptation progressive**, un phénomène d'habituation connu en psychologie comportementale. Au fil des séances, la situation devient de plus en plus confortable. La personne développe une plus grande confiance en ses ressources et capacités.

Enrichie de **détails sensoriels, émotionnels**, « la SAP est au futur ce que la sophro-mnésie senso-perceptive⁹ est au passé¹⁰ ». Il est ainsi intéressant d'inviter la personne à se relier aux sensations intéroceptives (internes), extéroceptives (les cinq sens), aux sentiments positifs, à une perception agréable de l'expérience.

Fiche Sophro-acceptation progressive (SAP)

Indications

Les indications sont très nombreuses. Préparation de toute sorte d'événements : un concours ou un examen, un entretien professionnel, une journée particulière ou stressante (un mariage, un deuil, des retrouvailles), la préparation à une compétition sportive, un examen médical, la préparation à la naissance (accouchement, accueil du bébé)...



Figure 1.3. Acceptation progressive.

Protocole

La pratique suit le même protocole que la technique n° 1 de futurisation en remplaçant la futurisation simple par la SAP.

Lors de la première séance, il est utile de limiter l'expérience à la technique de futurisation simple, sans la relier – dans le *terpnos logos* – avec l'événement préparé (voir *infra*). Il s'agit d'une séance préparatoire de renforcement du positif.

Les séances suivantes : acceptation progressive de l'événement préparé. Entre chaque séance, la pratique sera volontiers reproduite par le sophronisant.

Ce dernier est invité à se ressentir dans une expérience (et non pas seulement visualiser l'événement de manière dissociée). Cette situation peut se dérouler dans un ou deux mois. Il est invité à se surprendre agréablement bien, relié à ses ressources et capacités, physiques et mentales (choisies selon la situation).

Le praticien privilégie volontiers une projection dans une situation quotidienne, agréable et positive, avec l'**induction de détails sensoriels et émotionnels** (ce qui la distingue de la 1^{re} technique de futurisation), mais sans évoquer l'événement potentiellement source d'anxiété.

9. La SMnSP est détaillée plus loin.

10. Régine Philip, Institut de sophrologie du Sud-Ouest, 2017.

Au fil des séances, l'échéance se rapprochera de fait, progressivement. La dernière séance peut être finalement réalisée la veille de la situation.

Exemple de *terpnos logos* (SAP)

Les trois techniques clés : sophronisation de base vivantielle, sophro-déplacement du négatif global abrégé, sophro-activation vitale globale, abrégée.

Posture tonique

« Maintenant, pour renforcer les structures positives de la conscience avec la technique d'acceptation progressive. Vous évoquez un moment agréable, quotidien, que vous pouvez vivre dans environ 2 mois...

Vous vous projetez en imagination, comme si vous y étiez, avec tout votre corps. Dans un lieu aimé, un moment agréable...

Vous vous reliez aux sensations qui s'éveillent avec l'évocation... Agréables sensations de bien-être, dans toutes les régions corporelles...

Présence à la respiration, ressource de plus en plus familière et toujours accessible... La respiration, lien entre le dehors et le dedans... Pleine présence à la situation, renforcée par une plus grande acuité sensorielle : les objets, formes, couleurs... les bruits, les sons... les éventuelles odeurs, saveurs... Vous vous enrichissez de toute l'expérience, les sens en éveil...

Profond sentiment de bien-être, dans tout le corps...

Avec une agréable perception, vous amplifiez les sentiments positifs...

Vous pouvez maintenant projeter des sentiments positifs, avec les êtres chers, les objets aimés, le projet de la situation...

Agréable perception avec tout le corps, toute la conscience...

Vous terminez tranquillement l'évocation... Vous accueillez les sensations présentes. Pour intégrer l'expérience, renforcer la présence du corps : inspiration, rétention de l'air. Expiration, relâchement...

Pause profonde de totalisation... »

Fin en suivant par exemple le protocole de conclusion de la futurisation simple.

Sophro-programmation future (SPF) (P. Gautier)

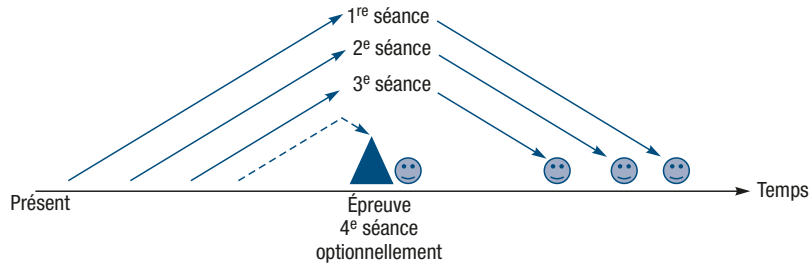


Figure 1.4. Programmation future.

Fondamentalement, dans cette futurisation, la personne va se relier aux **bénéfices de la situation dépassée**. Au fil des séances, elle va se rapprocher du moment de l'épreuve, sans s'y confronter directement.

Il reste possible, finalement, d'évoquer l'**épreuve** elle-même (voir schéma ci-dessous). Dans ce dernier cas, il est intéressant de prévoir une « récompense » (un loisir, par exemple), juste après l'épreuve et quel qu'en soit le résultat.

Nous mettons ici en jeu toute notre capacité à nous projeter complètement dans le futur, au-delà de l'événement futur, comme s'il était passé. Le sophronisant peut partager, en imagination, avec un proche, la réussite de l'épreuve. Le partage peut reprendre tout le parcours qui a conduit à l'événement et à sa réussite : les efforts fournis, les obstacles qui sont apparus, les difficultés qui ont été surmontées. Le plus important reste le plaisir et la satisfaction du résultat.



IMPORTANT

Il n'est pas sans risque, toutefois, d'évoquer le résultat précis (une note ou une place en compétition, par exemple) : si cela n'est pas effectif, c'est tout l'entraînement qui peut être remis en question. Il s'agit bien plus de valoriser les capacités et les ressources de la personne.

Fiche

Sophro-programmation future (SPF)

Indications

Préparation à un changement, une épreuve physique, émotionnelle et/ou cognitive : compétitions sportives, préparation aux voyages, problèmes sexuels et autres.

Protocole

La pratique suit le même protocole que la technique n° 1 de futurisation en remplaçant la futurisation simple par la SPF.

Exemple 1 de *terpnos logos* (SPF), post-épreuve

Les trois techniques clés : sophronisation de base vivantielle, sophro-déplacement du négatif global abrégé, sophro-activation vitale globale, abrégée.

Posture tonique.

« Maintenant, un moment pour la programmation future. Vous vous projetez bien après la situation dans laquelle vous avez fait vos preuves, plusieurs mois ou plusieurs années après...

Vous vous projetez, avec tout votre corps, dans un moment agréable, dans un lieu plaisant. Vous vivez les bénéfices liés au projet réussi...

Vous vous reliez aux sensations qui s'éveillent avec l'évocation... Le plaisir de profiter des bienfaits du projet terminé... Observez le lieu, les objets, formes, couleurs... Appréciez les bruits, les sons, les éventuelles odeurs, saveurs... Accueillez toutes les informations de l'expérience...

Un profond sentiment de bien-être s'éveille en vous, dans toutes les régions corporelles, dans tout le corps...

Vous pouvez maintenant imaginer la joie de partager l'expérience avec une personne aimée. Lui expliquer votre agréable surprise de votre sérénité, votre confiance pendant le projet... Évoquez les doutes dépassés, les moyens mis en œuvre pour réussir... La pleine satisfaction d'avoir réalisé ce qui était juste pour vous... Vous continuez, pendant quelques instants, l'évocation agréable...

Avec une agréable perception, vous amplifiez les sentiments positifs... Vous pouvez maintenant projeter des sentiments positifs, avec les êtres chers, les objets aimés...

Vous terminez tranquillement l'évocation... Vous accueillez les sensations présentes. Pour intégrer l'expérience, renforcer la présence du corps : inspiration, rétention de l'air. Expiration, relâchement... »

Pause profonde de totalisation...

Fin en suivant par exemple le protocole de conclusion de la futurisation simple.

Exemple 2 de *terpnos logos* (SPF), épreuve cognitive

Les trois techniques clés abrégées : sophronisation de base vivantielle, sophro-déplacement du négatif global abrégé, sophro-activation vitale globale, abrégée.

Posture tonique.

« Vous vous projetez la veille de l'épreuve... Vous êtes confiant, bien préparé...

Vous vérifiez votre matériel, tout ce dont vous avez besoin, ce qui vous fait plaisir.

Vous imaginez votre soirée, votre repas, ce que vous mettez en place pour votre plaisir...

Vous vous reliez aux sensations qui s'éveillent avec l'évocation... Agréables sensations de bien-être, dans toutes les régions corporelles... Profond sentiment de bien-être, dans tout le corps...

Vous vous préparez à vous coucher... Vous appréciez tout ce que vous mettez en place pour cela. Les préparatifs et toutes les sensations qu'ils apportent... Vous vous couchez. Agréables sensations corporelles, tout le corps qui se relaxe, l'esprit apaisé... Vous vous endormez, avec une douce respiration...

C'est le moment du réveil... Perception agréable du corps, de l'énergie qui s'amplifie progressivement... Les contacts, les appuis, toutes les sensations... Vos capacités bien reposées dans la nuit sont optimales : analyse, mémoire, créativité...

Vous vous levez, prenez votre petit-déjeuner, pleinement relié à la sensorialité de ce moment...

Tout est prêt ! C'est le moment du départ. Vous sentez une énergie positive en vous... Vous intégrez tout ce qui peut renforcer votre sentiment de sécurité... Vous prenez la route, le chemin... Agréables perceptions sensorielles, présence à vous-mêmes et à l'environnement...

Vous arrivez sur le lieu de l'épreuve. Vous ressentez une grande confiance en vous, fruit de toutes vos préparations. Toutes vos capacités cérébrales sont en action... Vous prenez le temps de vous installer, de construire votre espace. Appréciez les appuis, les ancrages... La respiration, ressource toujours disponible, accessible...

En pleine possession de vos capacités, compétences, vous êtes face à l'épreuve. Vous prenez le temps d'écouter ; d'analyser... Vous vous imaginez dans vos réponses ou vos actions... Vous êtes agréablement surpris de la facilité que vous éprouvez, la fluidité dans vos réponses. Vous êtes plein de confiance en vos facultés...

Vous avez terminé. Vous êtes content(e)... Vous quittez le lieu, satisfait d'avoir pu faire vos preuves...

Vous imaginez le moment agréable que vous passez ensuite... Vous vous faites plaisir avec la récompense que vous avez prévue, en dehors de tout résultat... Vous vous remerciez vous-même...

Avec une agréable perception, vous amplifiez les sentiments positifs...

Vous pouvez maintenant projeter des sentiments positifs, avec les êtres chers, les objets aimés, le projet de la situation...

Agréable perception avec tout le corps, toute la conscience...

Vous cessez tranquillement l'évocation...

Vous savez que si certains détails ne sont pas les mêmes, cela n'a pas d'importance : vous avez développé votre capacité d'adaptation¹¹...

Vous accueillez les sensations présentes. Pour renforcer la présence du corps : inspiration, rétention de l'air. Expiration, relâchement...

Pause profonde de totalisation... »

Fin en suivant par exemple le protocole de conclusion de la futurisation simple.

Sophro-stimulation projective (SSP) (N. Baste)

Cette technique s'inscrit dans le deuxième degré de la relaxation dynamique et se propose d'être particulièrement énergique. Nous commençons par une stimulation à partir de la respiration, la sophro-respiration synchronique. Nous effectuons des mouvements de tension-détente en harmonie avec la respiration et avec la projection de l'événement à venir.

Fiche Sophro-stimulation projective (SSP)

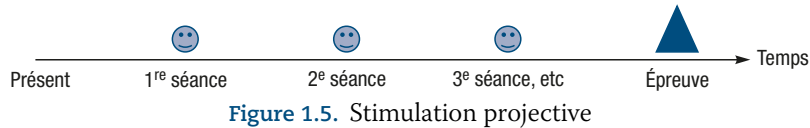
Indications

- Médecine de rééducation, kinésithérapie, traumatologie, séquelles d'accident.
- Développement personnel.

.....
11. D'après Hélène Leroy, ancienne référente à l'Institut de sophrologie de Rennes.

Protocole

- Sophronisation de base, sophro-déplacement du négatif, sophro-activation vitale.
- Deux ou trois exercices de relaxation dynamique du premier degré.
- Stimulation de toutes les parties du corps et renforcement du schéma corporel.
- Stimulation d'une partie du corps problématique ou douloureuse ou traumatisée.
- Sophro-acceptation progressive avec l'idée de l'amélioration ou de la guérison.
- Pause, retour.



Sophro-correction sérielle (SCS) (B. Etchelecou)

Cette technique permet au sujet de corriger une situation anxiogène ou une ou plusieurs sensations négatives. Cela se fait peu à peu en plusieurs séances. En niveau de conscience modifiée, le sujet se rapproche de plus en plus de la situation anxiogène et vient lui substituer une image ou une sensation positive. Cela se fait en congruence avec le souhait du patient.

Fiche

Sophro-correction sérielle (SCS)

Indications

Toutes les situations anxiogènes apportées par le sujet.

Cette technique peut être très utile au cours de suivis thérapeutiques (troubles névrotiques, problèmes phobiques notamment, douleurs...), à l'appréciation du thérapeute compétent.

Protocole

- Mise en place d'un signe que le patient pourra utiliser au cours des séances, comme par exemple, soulever l'index droit, pour communiquer avec le thérapeute alors qu'il se trouve en état modifié de la conscience.
- Proposer une ou plusieurs séances de sophro-substitution sensorielle : lorsqu'en état sophronique la situation anxiogène ou douloureuse est présente (le patient fait signe), nous suggérons de substituer les sensations négatives angoissantes par des sensations positives et plus agréables. La substitution peut se décliner sous forme de détente, chaleur ou

fraîcheur, une couleur, une image, un parfum, une musique ou un chant, une voix... selon les caractéristiques préférentielles du sujet.

Les situations anxiogènes et les sensations négatives se travaillent en plusieurs séances.

Exemple de *terpnos logos* : phobie d'ascenseurs

Sophronisation de base

« On va vivre cette situation qui vous gêne habituellement, mais cette fois dans le calme, l'harmonie, la détente... *(puis on progresse, étape après étape, dans la situation phobique avec toutes les précisions)*... Vous vous voyez partir de chez vous, très précisément... Vous descendez dans la rue... vous vous trouvez dans la cohue des piétons... *(énoncer les détails mentionnés au cours de l'entretien préalable)*... Vous devez monter au sommet d'un HLM et vous devez prendre l'ascenseur... Vous vous dirigez, très calme, confiant, vers l'ascenseur... Vous ouvrez la porte, toujours détendu » *(ainsi jusqu'à ce que tous les éléments de la situation phobique aient été épuisés)*.

À chaque étape du parcours, on insistera fortement sur l'aisance du sujet, son calme... Et, le sujet se détachant de plus en plus de son angoisse, on insistera sur le plaisir nouveau qu'il retire de la situation, étonné sans doute d'être désormais aussi complètement décontracté.

Reprise

Si le sujet lève le doigt en cours de progression, signe qu'il connaît une difficulté, un vécu de stress en rapport avec les images observées, on lui indique qu'il a la capacité de remplacer ces sensations négatives par d'autres, plus satisfaisantes.

On lui demande alors de laisser la situation difficile et de se retrouver par exemple dans une image très agréable (couleur, souvenir, parfum, etc.) apportant une profonde impression de confiance et de sécurité. Fort de cette nouvelle attitude mentale, il pourra être à nouveau confronté à l'étape ayant déclenché l'anxiété, et poursuivre plus aisément sa progression.

3. Les techniques de prétérisation (orientées vers le passé)

Sophro-mnésie positive simple (N. Baste)

Dans la vie de chacun, les événements négatifs sont incontournables, en revanche, il n'est pas rare de passer à côté des événements positifs. Cette technique permet de raviver les éléments positifs de l'histoire de la vie de chacun.

Fiche Sophro-mnésie positive simple

Indications

- S'entraîner à activer le positif en soi.
- Trouver les éléments positifs du passé parfois enfouis.
- Entraînement à la mémoire.

Protocole

- Nous laissons venir des souvenirs positifs. Cette proposition peut être cadrée, dans un passé plus ou moins récent ou même sur la journée.
- Nous choisissons une image positive qui vient de passer et nous la fixons.

Sophro-mnésie positive des trois âges

On peut également laisser venir des souvenirs des souvenirs agréables du passé, en le découpant en trois parties (par ex. enfance, adolescence, adulte).

Exemple de *terpnos logos* de sophro-mnésie positive des trois âges

Sophronisation de base.

« Je vous propose, si vous le voulez bien, de diviser votre vie en trois parties... la première partie correspond à la petite enfance et l'enfance... la deuxième partie correspond à l'adolescence et votre vie de jeune adulte... la troisième partie correspond à votre vie actuelle... Laisser venir un souvenir d'enfance, le plus ancien possible... un souvenir heureux... un bon souvenir... un bon moment de votre vie d'enfant... Vous voyez le positif de cette situation... vous ressentez le bien-être de cette situation... vous fixez ce moment positif en vous... un beau moment de votre enfance... agréable... heureux... ce beau moment passé est encore là en vous... dans votre mémoire... dans la mémoire de votre corps... dans la mémoire

de tous vos sens... et là, vous le vivez pleinement... Vous voyez les images... les couleurs... les contours... les parfums... les odeurs... les bruits... peut-être une voix... une musique... une chanson... peut-être des sensations particulières dans ce souvenir... une atmosphère particulière... l'endroit où vous êtes dans ce souvenir... seul... ou avec d'autres personnes... Vous vivez pleinement ce beau souvenir... il vous appartient... il fait partie de vous... à chaque inspir vous vous emplissez de ce beau souvenir... à chaque expir vous gardez en vous tout le positif de ce beau souvenir...

Maintenant laissez venir un souvenir de la deuxième partie de votre vie... un souvenir heureux... un bon souvenir... un bon moment de votre vie d'adolescent ou de jeune adulte... Vous voyez le positif de cette situation... vous ressentez le bien-être de cette situation... vous fixez ce moment positif en vous... un beau moment de votre vie... agréable... heureux... ce beau moment passé est encore là en vous... dans votre mémoire... dans la mémoire de votre corps... dans la mémoire de tous vos sens... et là, vous le vivez pleinement... Vous voyez les images... les couleurs... les contours... les parfums... les odeurs... les bruits... peut-être une voix... une musique... une chanson... peut-être des sensations particulières dans ce souvenir... une atmosphère particulière... l'endroit où vous êtes dans ce souvenir... seul... ou avec d'autres personnes... Vous vivez pleinement ce beau souvenir... il vous appartient... il fait partie de vous... À chaque inspir vous vous emplissez de ce beau souvenir... À chaque expir vous gardez en vous tout le positif de ce beau souvenir d'enfance...

Maintenant laissez venir un souvenir heureux de votre vie actuelle... peut-être un souvenir récent... le souvenir d'un événement récent... un souvenir heureux... un bon souvenir... un bon moment de votre vie actuelle... Vous voyez le positif de cette situation... vous ressentez le bien-être de cette situation... vous fixez ce moment positif en vous... un beau moment de votre vie telle que vous la souhaitez... agréable... heureux... ce beau moment est pleinement là en vous... dans votre esprit... dans votre corps... dans tous vos sens... et là, vous le vivez pleinement... vous voyez les images... les couleurs... les contours... les parfums... les odeurs... les bruits... peut-être une voix... une musique... une chanson... peut-être des sensations particulières... une atmosphère particulière... l'endroit où vous êtes... seul... ou avec d'autres personnes... Vous vivez pleinement ce beau moment... il vous appartient... il fait partie de vous... de votre vie actuelle... À chaque inspir vous vous emplissez de ce beau moment... À chaque expir vous gardez en vous tout le positif de ce beau moment...

Maintenant, vous rassemblez en vous ces trois moments que vous venez de vivre... Ils vous appartiennent... Ils font partie de vous... Ces moments heureux de bien-être sont inscrits en vous... »

Désynchronisation.

Sophro-mnésie senso-perceptive (N. Baste)

Il s'agit, lors d'une séance, de faire venir un souvenir que le sujet aura évoqué pendant l'anamnèse. L'idée est de laisser revenir le souvenir de la façon la plus positive possible. C'est pourquoi il est particulièrement intéressant d'associer à la fois la mémoire, les perceptions, les sensations et éventuellement les émotions et les affects qui s'y rapportent.

Cette question des souvenirs est délicate. Lors de psychothérapies ou de sophrothérapies, de faux souvenirs peuvent émerger. Ces faux souvenirs sont souvent violents ou vécus comme malveillants. De vrais souvenirs à répercussions traumatiques sont aussi observés. En revanche, des souvenirs agréables ou positifs sont plus rares ou, lorsqu'ils sont évoqués, très vite balayés.

Nous pouvons partir de la constatation selon laquelle les événements positifs peuvent être facilement occultés alors que les événements négatifs ne peuvent pas être évités et leurs souvenirs sont particulièrement douloureux.

Dans cette technique de sophro-mnésie senso-perceptive, il s'agit d'activer les bons souvenirs, les souvenirs agréables, même s'ils sont à peine évoqués, par une image, le souvenir d'un objet, d'un visage. Pour activer le souvenir, nous utilisons nos cinq sens, nos canaux sensoriels que sont la vue, l'odorat, le goût, l'audition, le toucher, les sensations kinesthésiques, les sensations cutanées et les sensations intéroceptives. Ce qui nous intéresse ici est de faire travailler le passé présent en soi. Le passé porte en lui des éléments positifs qui méritent d'être activés ou réactivés.

Fiche

Sophro-mnésie senso-perceptive

Indications

Ces exercices viennent travailler la confiance en soi et l'estime de soi en mettant en œuvre le passé et ses éléments positifs.

Protocole

- Les trois techniques clés rapides.
- Faire venir à sa conscience un souvenir positif, heureux. Laissez venir les images ou les sensations de ce souvenir.
- Bien ancrer tout cela dans sa mémoire actuelle en levant un ou deux bras à l'horizontale et en les reposant.
- Laisser venir tous les détails de ce souvenir, les sensations, les perceptions, les émotions qui lui sont liés. La respiration renforce tout cela.
- Tout le corps, les sensations, les perceptions, la respiration vivent ce qui se passe : c'est la vivance. Le souvenir positif est potentialisé dans l'actuel.
- Temps de reprise, revenir ici et maintenant en rassemblant en soi tout ce qui vient de se passer.
- Désynchronisation et phénodescription.

Il existe plusieurs façons de proposer cette méthode. Le souvenir positif peut-être évoqué lors de l'anamnèse et le patient le fait revenir en état de conscience modifiée. Cela peut être intéressant quand un patient nous dit qu'il n'a que de mauvais souvenirs, que de mauvaises choses dans sa vie. Nous pouvons être amenés à lui demander de chercher un bon souvenir. Il y en a forcément au moins un. Ou bien, si un patient nous dit que sa vie était bien mieux avant, nous laissons venir un bon souvenir du passé qui peut s'inscrire dans le présent et qui vient le raviver.

Dans une autre approche, nous pouvons demander au patient de faire venir un souvenir positif en état sophronique. Cela peut être intéressant car le souvenir apparaît en état de conscience modifiée.

Comme pour la technique précédente, on peut aussi proposer de retrouver trois souvenirs positifs selon trois époques de la vie (continuum du vécu personnel).

Exemple de *terpnos logos* d'une sophro-mnésie sensopercptive

Les trois techniques clés en position assise.

« Je vous propose de laisser venir un souvenir positif... agréable... laissez venir le souvenir... Vous voyez l'endroit... les formes... les couleurs... les objets... peut-être les objets de la nature... Laissez venir tous les éléments du passé... de ce moment passé... et simplement... ici et maintenant... Vous laissez revenir le souvenir... de plus en plus finement... un moment de votre passé... positif... agréable... il est là... dans votre mémoire... ce moment de votre passé est là... tout simplement... tout entier... positif... Vous le regardez... dans votre mémoire du passé... le souvenir positif est présent... Si vous voulez... Vous levez doucement vous deux bras devant vous... Conscience du mouvement de vos bras...

Conscience du souvenir... vos bras redescendent doucement... Conscience du souvenir présent... ici et maintenant... Conscience du souvenir présent... Vous observez à nouveau les éléments du souvenir... l'endroit... les formes... les couleurs... les objets... les objets de la nature... peut-être un bruit... peut-être un parfum une odeur... vous pouvez peut-être vous voir vous-même... sur la scène de votre souvenir... seul... ou avec d'autres personnes... Vous vivez pleinement votre souvenir... Conscience de votre respiration... les mouvements de la respiration... Vous parcourez votre respiration... votre colonne d'air... Vous accompagnez chaque expir tout en bas... vous observez votre petite pause expiratoire... et l'inspir remonte tout en haut... votre respiration... votre colonne d'air... s'imprègnent du souvenir positif... Vous respirez les sensations positives venues de votre mémoire... dans le nez... la gorge... l'arrière-gorge... entrent les parfums... les goûts... de votre souvenir... Dans les oreilles... entrent les bruits... peut-être une musique... une voix... un chant... un bruit de la nature... dans les yeux entrent une image... une couleur... un reflet... une forme... sur la peau... accueillez les sensations... une petite vague fraîche... ou bien une petite vague chaude... ou bien un léger frisson sur la peau... tous ces éléments s'entremêlent... et vous apportent un grand bien-être... ils prennent place en vous... dans votre colonne d'air... au moment de votre petite pause expiratoire... ils se rassemblent... votre conscience... éveillée dans tous ses sens... est remplie par ces images... ces sensations... ces perceptions... ces émotions venues de votre mémoire... peut-être une atmosphère particulière... sensorialité... mémoire... vous observez à nouveau votre souvenir... tel qu'il se présente à vous à cet instant... vous le parcourez mentalement... laisser s'exprimer les émotions... les affects actuels... les éléments positifs sont bien là... À l'inspir cette vivance positive entre un intérieur de vous... au plus profond... à l'expir elle vient s'inscrire en vous... dans chaque cellule... avant de terminer cette séance... vous savez que ce souvenir vous appartient... appartient à votre conscience... vous pourrez le retrouver à chaque fois que vous le souhaiterez... ainsi vous retrouverez la vivance positive qui l'accompagne... vous rassemblez tout cela à l'intérieur de vous... vous prenez conscience de vos sensations ici et maintenant... les points d'appui de votre corps ici et maintenant... »

Reprise : « vous prenez conscience de tout ce qui vous entoure... Vous retrouver votre tonus habituel... dans les jambes... les bras... les muscles du ventre... les muscles du dos... le cou et la nuque... la tête et le visage... Tout votre corps retrouve son tonus habituel... ici et maintenant... »

Sophro-substitution mnésique (N. Baste)

Cette technique est délicate et demande à être pratiquée avec tact et discernement. Elle peut prendre place dans un parcours en sophrologie et également en psychothérapie. Elle permet de venir travailler des événements particulièrement difficiles dans l'histoire du sujet. Il est indispensable que ces événements soient parlés et élaborés avec le thérapeute avant de les travailler en niveau de conscience modifiée. Nous gardons à l'esprit que dans le parcours psychothérapeutique peuvent apparaître de faux souvenirs. C'est la raison pour laquelle il convient d'être particulièrement vigilant. Cette technique s'inscrit dans une dynamique de changement.

Tout psychothérapeute garde à l'esprit qu'un faux souvenir a du sens pour le sujet. En effet un faux souvenir est une des expressions possibles d'éléments refoulés. Il est constitué de nombreux éléments psychiques, liés à l'histoire du sujet, ses souffrances, ses émotions et ses fantasmes qui s'entremêlent.

Fiche

Sophro-substitution mnésique

Indications

Aborder un ou plusieurs souvenirs négatifs dans une dynamique positive. Substituer des souvenirs négatifs à des éléments plus positifs.

Évoquer des éléments négatifs du passé, les comprendre, si possible en valoriser certains aspects.

Protocole

- Les trois techniques clés en position assise.
- En niveau de conscience modifiée, laisser venir le souvenir négatif. Le regarder en entier, le regarder en plusieurs parties, et à nouveau en entier.
- Se remémorer les éléments du souvenir, les pensées et les émotions associées. Pour faciliter cela, nous pouvons proposer au patient d'imaginer devant lui un écran de cinéma sur lequel il projette les éléments présents.
- Inspiration-rétention d'air-tension de tout le corps.
- Expiration-substituer les éléments négatifs par des éléments plus positifs.
- Trois grandes respirations.

Une variante peut être proposée. Il s'agit de garder le souvenir négatif et de l'observer sous des angles qui peuvent être plus positifs.

Exemple de *terpnos logos*

Les trois techniques clé.

« Je vous propose de laisser venir le souvenir dont vous venez de parler... ce souvenir malheureux... négatif... Vous laissez venir à votre mémoire la situation problématique... laissez faire les choses doucement... laissez venir les images... les sensations désagréables... ce souvenir est douloureux... Regardez-le... regardez-le en face... tel qu'il se présente à vous... une partie de votre passé douloureuse... malheureuse...

Je vous propose d'entrer dans votre respiration en conscience... de parcourir votre colonne d'air... Vous soufflez dans votre ventre... Vous accompagnez chaque expir dans le ventre... le bassin... le périnée... les jambes et les pieds... À la fin de l'expir, vous observez votre petite pause... votre petite pause expiratoire physiologique... naturelle... une seconde... quelques secondes... l'inspiration rebondit... remonte dans le ventre... le plexus solaire... la gorge... le nez... la tête... Ainsi vous parcourrez tranquillement votre colonne d'air...

Au moment de votre petite pause expiratoire, le souvenir est présent... Que voulez-vous faire ? Dans ce souvenir malheureux, composé d'éléments négatifs, vous pouvez trouver un ou plusieurs éléments positifs... Laissez venir quelque chose d'un peu plus positif... quelque chose que vous n'auriez pas vu au moment où vous viviez cet événement... ou bien, quelque chose de positif que vous pourriez voir maintenant... qui pourrait apparaître maintenant... dans l'après coup... votre vision d'aujourd'hui... dans une certaine bienveillance envers vous-même, peut vous laisser entrevoir du positif et peut-être du bénéfice que le négatif de la situation aurait occulté...

S'il n'est pas possible de voir aujourd'hui quelque élément positif... Imaginez un écran de cinéma devant vous... Laissez le film de l'événement négatif se projeter sur l'écran... Vous laissez faire les choses... le film se déroule... Vous le regardez... vous regardez le film du passé se dérouler devant vous... simplement... tranquillement... À chaque inspir, vous voyez le film se dérouler... à chaque expir, vous voyez qu'il s'agit du passé...

Vous pouvez choisir de garder en vous l'événement malheureux composé de ses éléments négatifs et positifs... ou bien vous pouvez choisir de garder l'événement malheureux en le plaçant dans votre passé... vous vous autorisez à vivre pleinement votre présent... votre actuel... de façon positive... heureuse... avec bienveillance envers vous-même... en harmonie avec ce qui fait votre vie actuelle... »

Désynchronisation.

Chapitre

2

La relaxation dynamique

BERNARD ETCHELECOU

> Pourquoi ce chapitre ?

Cette méthode d'entraînement, souvent utilisée à titre prophylactique, et particulièrement adaptée à la sophronisation de groupe, condense en une synthèse originale certains procédés d'activation psychophysique issus de pratiques orientales.

Ces techniques, rendues assimilables par les Occidentaux et dépouillées de tout contenu magique ou religieux, ont été longuement expérimentées par A. Caycedo et sélectionnées pour leur grande efficacité.

Sommaire

1. La relaxation dynamique 1 ^{er} degré.....	71
2. Pratique de la RD 1 ^{er} degré – Forme originelle.....	73
3. RD 1 ^{er} degré – Variante actuelle commune.....	84
4. La relaxation dynamique 2 ^e degré.....	85
5. Pratique de la RD 2 ^e degré.....	86
6. La relaxation dynamique 3 ^e degré.....	92
7. Pratique de la RD 3 ^e degré.....	95
8. La relaxation dynamique 4 ^e degré.....	97
9. Pratique de la RD 4 ^e degré – Forme originelle.....	101
10. Pratique de la RD 4 ^e degré – Forme actuelle commune.....	104

11. La relaxation dynamique et les évolutions caycédiennes.....	106
12. Bibliographie.....	108

Chacun des *trois degrés fondamentaux* de la relaxation dynamique engage à un abord singulier de l'univers personnel, en relation avec les approches orientales qui les inspirent :

- le 1^{er} degré permet de faire l'expérience, en vécu sophronique, de pratiques venant du *yoga hindou* ;
- le 2^e degré est une approche sophrologique de techniques *bouddhistes tibétaines* ;
- le 3^e degré emprunte au *Zen Japonais* son orientation méditative ;
- un 4^e degré réalise une sorte de reprise de la méthode, en posture de 3^e degré ; il ne représente donc pas une « voie d'approche » réellement originale et paraît, tout au moins à mes yeux, et jusqu'à présent, moins essentiel que les précédents.

CONSEIL

Il me semble par ailleurs plus logique de le situer avant la deuxième partie du 3^e degré, comme je tenterai de le montrer plus loin.

Ceci dépend évidemment de la lecture, très variable, que chacun peut faire de la relaxation dynamique, lecture dont je ne propose que ma propre interprétation.

1. La relaxation dynamique 1^{er} degré

La méthode repose sur une succession de gestes, synchronisés avec la respiration et entrecoupés de phases de récupération-détente. Ces gestes, réalisés en état sophronique, activent considérablement la dynamique psychophysique et développent la conscience qu'a l'individu de son schéma corporel.

Le premier degré mobilise essentiellement les capacités de *concentration* :

- *concentration* sur les muscles en jeu et sur les sensations physiques obtenues au moment où sont exécutés les mouvements (tirés du *raja-yoga*) ;
- *concentration* également sur le *vécu de récupération*, après les mouvements.

La prise de conscience du corps propre et son vécu *harmonieux* ne vont pas forcément de soi : il n'est pas rare de voir se révéler, à ce stade, certaines zones de tension ou même de blocage.



GROS PLAN

La symbolique corporelle

On ne saurait négliger cette *symbolique corporelle* qui s'exprime parfois avec la plus douloureuse insistance :

- tensions au niveau du *front* (lieu de la « pensée », de la « maîtrise intellectuelle »), de la *zone buccale* (communication verbale, lieu du plaisir oral) ;
- tensions encore dans *la gorge* (« boule »), zone des échanges entre l'affectif-thorax et l'intellectuel-tête ; dans le *thorax* (le cœur symbolisant amour, haine, vie et mort), dans le *diaphragme* et dans le *ventre* (« boule » à l'endroit du plexus, lieu d'équilibre – point *hara* – de « l'être profond ») ;
- tensions enfin dans le registre de l'instinctivo-moteur, les *jambes*, le *bassin*, le *périnée* (zones du sexuel, du sacré, du secret, du « honteux »...).

Une multitude d'inscriptions corporelles très subjectives sont susceptibles d'être réactivées en relaxation dynamique, notamment au cours de ce premier degré. Il s'agit en effet, selon l'heureuse expression de J.-P. Hubert (1980), de « démanteler les zones de blocage », afin que puisse durablement s'installer un vécu interne harmonieux.

L'attention, principalement portée au début sur les sensations internes, se double, dans la deuxième partie, d'une *concentration sur un objet extérieur*, le plus « naturel » possible.

Ce procédé, directement issu de la méditation *dhyâna*, aide à réaliser l'« isolement sensoriel » indispensable à la relaxation, tout en facilitant le contrôle des représentations négatives, envahissantes.

2. Pratique de la RD 1^{er} degré – Forme originelle¹

Sophro-attention (RD1 A)

Neti-Krya

- Lavage du nez avec de l'eau salée (sérum physiologique) à température voisine de celle du corps participant à l'épuration des voies respiratoires².
- *Ablution des deux narines* :
 - Respirant la bouche ouverte, on fait passer l'eau d'une narine à l'autre, à l'aide d'un récipient appelé *kafa*. On penche d'abord la tête à gauche, et l'on verse l'eau dans la narine droite, puis, on penche la tête à droite et l'on verse l'eau dans la narine gauche.
 - Ensuite, sans se moucher, on expulse l'eau des narines en soufflant la tête droite, puis tournée vers la gauche, puis vers la droite.
- On peut enfin prendre un mouchoir pour se moucher à distance, sans pincer les narines.

Exercice de chauffage corporel (figure 2.1)

- On prend la position debout, dite « ortho-statique », permettant la meilleure détente possible... Position aussi appelée *grounding* (enracinement)... Bien équilibrée... très stable...
- Ensuite, on réalise le « chauffage corporel » proprement dit : inspiration *ventre gonflé*, expiration *ventre rentré*... respiration avec le nez de préférence, d'abord lente, puis plus rapide... Jusqu'au moment où l'on a envie de récupérer... Puis, on *recommence*, en laissant partir la tête en arrière... détente... et l'on reprend la respiration abdominale la *tête en avant*...
- *Récupération-détente*.

.....

1. Cf. figures 2.1 à 2.16.

2. Il faut bien reconnaître que l'on démarre en fait rarement avec le Neti-Krya dans nos pratiques de groupe en raison des contraintes matérielles qu'il nécessite.

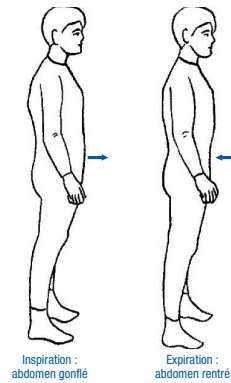


Figure 2.1. Chauffage corporel.

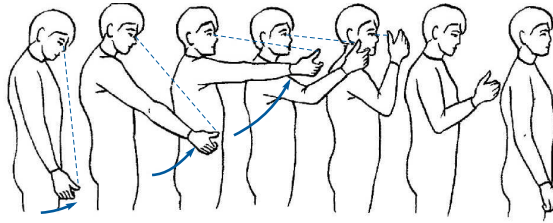


Figure 2.2. Convergence des yeux.

Exercice tratak : convergence des yeux (figure 2.2)

- On projette le pouce en avant, bras tendu, et l'on va fixer ce pouce en le ramenant vers le front, au-dessus du point de « glabella », situé entre les deux arcades sourcilières...
- Lorsque le pouce touche le front, on redescend le bras le long du corps... (On peut aussi continuer à fixer le point de départ du pouce, tout en le ramenant vers le front.)
- Trois fois... Lors de la troisième fois on laisse les yeux se fermer, jusqu'à la fin de la séance.
- *Détente-Prise de conscience du centre frontal.*

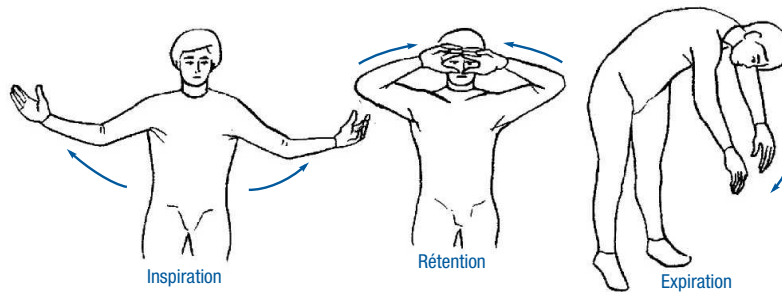


Figure 2.3. Exercice respiratoire n° 1.

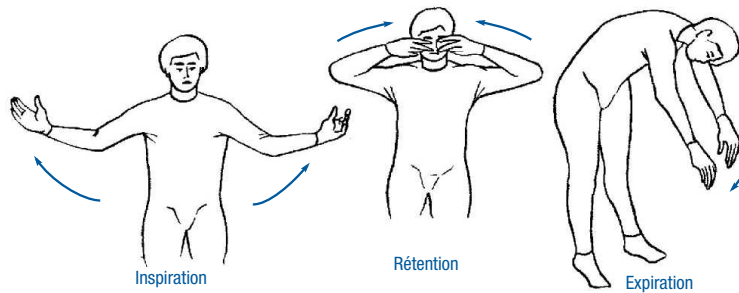


Figure 2.4. Exercice respiratoire n° 2.

SOPHRONISATION DE BASE DEBOUT

Exercice respiratoire n° 1 (figure 2.3)

- En inspiration, on lève lentement les bras dans un geste harmonieux, et l'on amène les mains vers le visage, pour que les pouces viennent bloquer les narines...
- Rétention d'air : dans cette position, on peut laisser le corps se balancer légèrement d'avant en arrière, et prendre conscience des sensations, poumons pleins d'air...
- Expiration : on ramène les bras dans leur position première en les projetant vers l'avant.
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

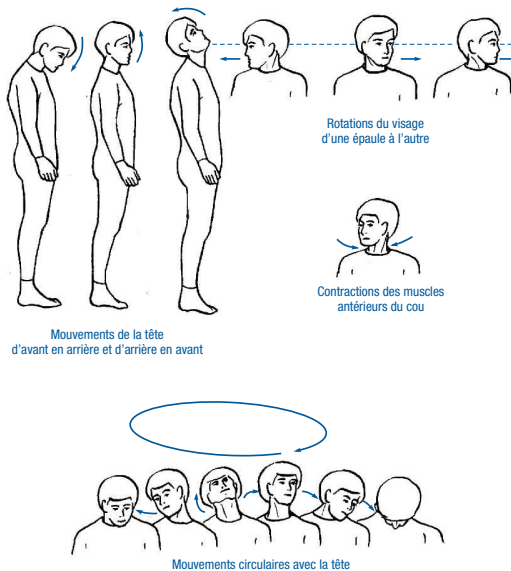


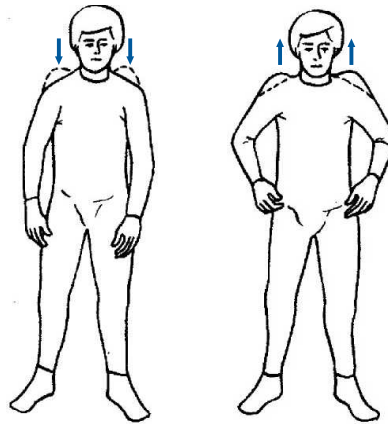
Figure 2.5. Gestes du cou.

Exercice respiratoire n° 2 (figure 2.4)

- Inspiration : on élève lentement les bras pour conduire les mains près du visage, boucher les oreilles avec les pouces, poser les index sur les paupières, et bloquer les narines avec les médus...
- Rétention d'air : prise de conscience du vécu interne...
- Expiration : on projette les bras vers l'avant, et l'on retrouve la position de base...
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Gestes du cou (en respiration libre) (figure 2.5)

- On penche lentement la tête en avant, puis on la ramène en arrière... puis à nouveau en avant, lentement... deux ou trois fois, en prenant bien conscience des muscles du cou, et des effets de ces mouvements...
- On poursuit par une rotation du visage d'une épaule à l'autre (comme pour dire « non ») deux ou trois fois...
- Puis on enchaîne par de larges mouvements circulaires avec la tête (comme si elle suivait un cercle imaginaire) deux ou trois fois...
- On termine par une contraction des sterno-cléido-mastoïdiens, une dizaine de fois (muscles antérieurs du cou).
- *Récupération-Détente.*



En rétention d'air « pompage » avec les épaules

Figure 2.6. Exercice respiratoire n° 3.

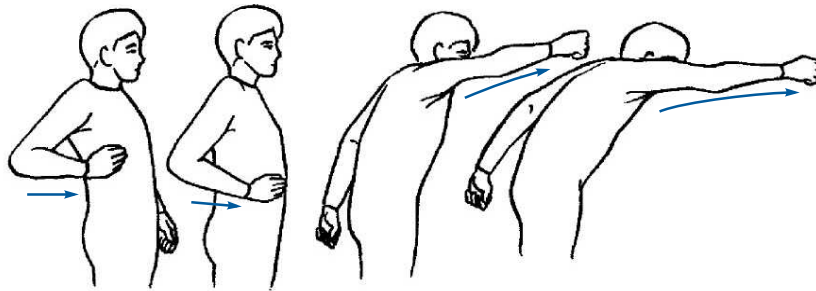
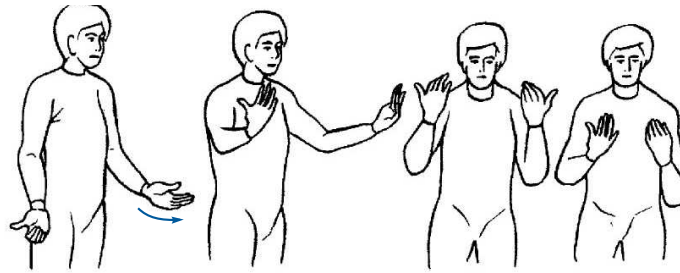


Figure 2.7. Geste de la cible.

Exercice respiratoire n° 3 : mouvement de « pompage » avec les épaules (figure 2.6)

- Inspiration profonde...
- Rétention d'air : on « pompe » énergiquement en haussant et abaissant rapidement les épaules...
- Expiration : on retrouve la position de base.
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*



On lève les bras, paumes des mains vers le ciel

Même chose,
avec les poings fermés

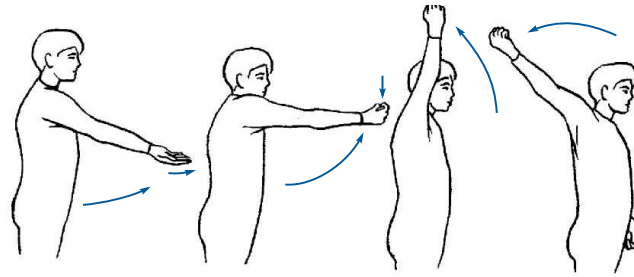
Figure 2.8. Geste des avant-bras.

Geste des bras : la cible (figure 2.7)

- On commence par laisser surgir une cible mentale devant soi : une cible classique ou encore une cible symbolisant quelque chose dont on aimerait se débarrasser (exemple : un fumeur peut évoquer un paquet de cigarettes... un timide, ses inhibitions, etc.)...
- Inspiration : fléchir un bras, poing fermé, en le plaçant au niveau de la taille...
- Rétention d'air : totalement concentré sur la cible que l'on veut démanteler, on laisse monter son « agressivité »...
- Expiration : on projette le bras, poing fermé, sur la cible...
- Trois fois avec chaque bras.
- Trois fois avec les deux bras simultanément.

NB : on peut se contenter de faire le mouvement « pour lui-même », en n'évoquant pas de « cible » particulière.

- À la fin de l'exercice : on peut, si on le désire, ramasser les débris de la cible et les expédier loin de soi ; ou encore les « offrir à l'univers » ; ou faire un trou, et les recouvrir de terre pour s'en débarrasser...
- *Récupération-Détente.*



En rétention d'air : « moulinets » avec les bras

Figure 2.9. Exercice respiratoire n° 4.

Geste des avant-bras (respiration libre) (figure 2.8)

- On élève les bras devant soi, paumes des mains ouvertes, comme si l'on voulait prendre beaucoup d'air, et l'on ramène les mains au niveau des épaules... Avant de replacer les bras le long du corps...
- Plusieurs fois, pour laisser entrer en soi un maximum d'énergie.
- Lors du dernier mouvement, on ferme les poings, en contractant particulièrement les bras, avant de les relaxer à nouveau...
- *Récupération-Détente.*

Exercice respiratoire n° 4 : moulinets (figure 2.9)

- Inspiration : on tend un bras à l'horizontale et l'on serre le poing...
- Rétention d'air : on fait un mouvement de moulinet avec le bras...
- Expiration : on rejette l'air en expirant violemment, puis l'on se retrouve en position initiale.
- Trois fois avec chaque bras.
- Trois fois avec les deux bras simultanément.

NB : on peut, au moment de l'expiration, garder quelque temps le(s) bras tendu(s) à l'horizontale (relaxation différentielle).

- *Récupération-Détente.*

Allongés en décubitus dorsal

- On s'abandonne au plaisir de la détente en position allongée... À toutes les sensations qui se présentent...
- Puis on laisse surgir un objet naturel sur lequel on se concentre...
- Retour à la détente corporelle et mentale...
- Sophro-acceptation progressive.
- *Reprise.*

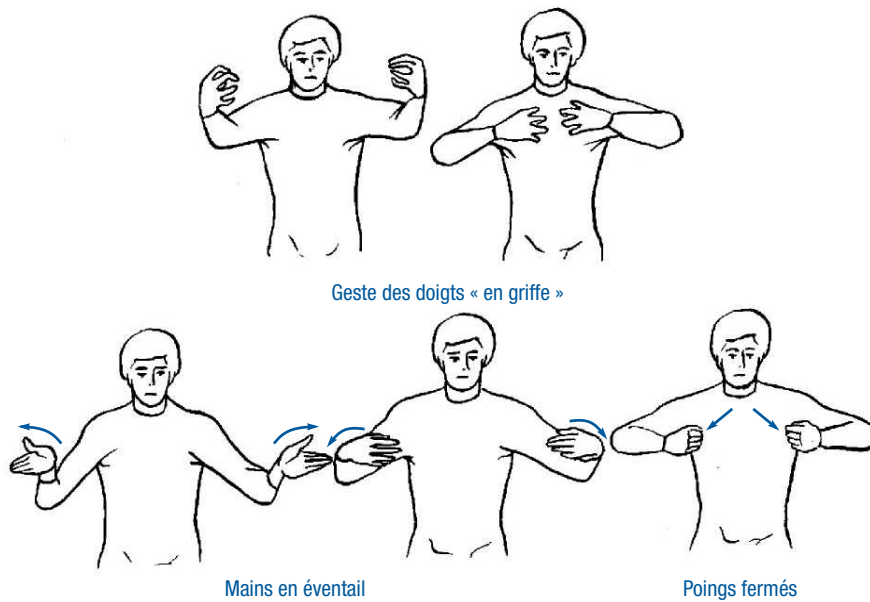


Figure 2.10. Exercice des poignets.

Méditation sophronique (RD1 B)

SOPHRONISATION DE BASE DEBOUT

Concentration-méditation sur un objet naturel : eau, arbre, rocher, etc.

Exercice des poignets (figure 2.10)

Geste des doigts en griffes

- Inspiration : on lève les bras à l'horizontale.
- Rétention d'air : on ramène les mains vers le thorax, doigts crispés, en position de doigts « en griffe ».
- Expiration : en redescendant les mains le long de l'axe corporel.
- Prise de conscience précise des doigts.
- Trois fois.

Geste des mains en éventails

- Inspiration : on lève les bras comme précédemment.

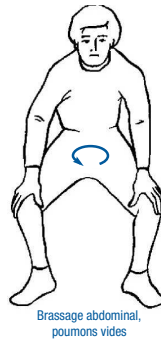


Figure 2.11. Geste Nauli.

- Rétention d'air : on ramène les mains vers le thorax, mais, cette fois, les mains étant ouvertes, les poignets sont pliés et dépliés lentement... à la manière d'un éventail.
- Expiration : les bras sont ramenés le long du corps.
- Prise de conscience précise des mains, des poignets.
- Trois fois.

Poings fermés

- Inspiration : *idem*.
- Rétention d'air : même mouvement vers le thorax, mais avec les poings fermés.
- Expiration : on reprend la position initiale.
- Prise de conscience précise des bras, du thorax.
- Trois fois.
- *Récupération-détente*.

Méditation sur l'objet, approfondissement de la détente

Exercices abdominaux

- Inspiration ventre gonflé, expiration ventre rentré...
- D'abord lentement : tête baissée, en avant puis droite, puis en arrière.
- Puis, rapidement : *idem*.
- On retrouve l'objet de concentration.
- *Récupération-Détente*.

Geste Nauli (figure 2.11)

- On prend appui sur les cuisses avec les mains, tout en fléchissant les genoux (position semi-assise).

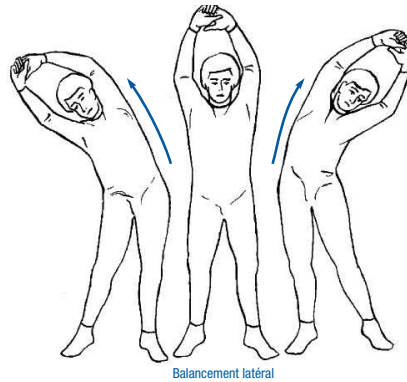


Figure 2.12. Geste de torsion.

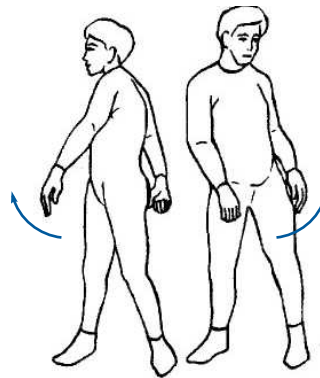


Figure 2.13. Rotation axiale.

- Expiration puis inspiration, puis, à nouveau expiration... Les poumons vides : effectuer un « brassage abdominal » en rotation (les abdominaux massent en tournant l'intérieur du ventre).
- Inspiration : récupération de la détente... en restant dans la même position Nauli.
- On recommence une *deuxième fois* (le « brassage » se faisant dans le sens de rotation inverse) ; puis, une *troisième fois*, si on le désire.
- *Objet-Récupération-Détente.*

Geste de torsion (respiration libre) (figure 2.12)

- On lève les bras et l'on croise les mains au-dessus de la tête...
- Puis, on balance le buste de droite à gauche, de gauche à droite... avant de ramener les bras dans leur position initiale...
- *Récupération-Détente.*

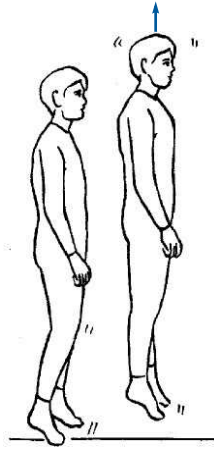


Figure 2.14. Sauts en polichinelle.

Rotation axiale (respiration libre) (figure 2.13)

- On réalise une rotation autour de son axe corporel, de droite à gauche, de gauche à droite, les bras ballants... pendant quelques instants...
- *Objet-Récupération-Détente.*

Sauts en polichinelle (respiration libre) (figure 2.14)

- On sautille sur place, sur la pointe des pieds... Le corps décontracté au maximum...
- Prise de conscience particulière des jambes.
- *Récupération-Détente.*

Relaxation récupérative en position allongée (figures 2.15 et 2.16)

- Décubitus dorsal : relaxation profonde, avec reprise de l'objet de méditation.
- Décubitus latéral (droit ou gauche) : on se tourne sur un côté, à la recherche de la position qui convient le mieux.
- Décubitus latéral (autre côté) : on se tourne de l'autre côté... lâcher-prise profond.
- SAP.
- *Reprise.*



Figure 2.15. Décubitus dorsal.

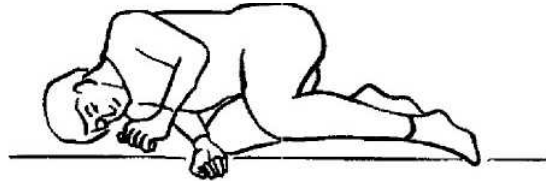


Figure 2.16. Décubitus latéral.

3. RD 1^{er} degré – Variante actuelle commune

Mêmes exercices que les précédents mais à la RD 1 B après « sauts en polichinelle ».

Exercice

(Debout) Marche phronique virtuelle

- On fait une marche « sur place », sans se déplacer réellement. Lentement, puis un peu plus vite. Prise de conscience du corps en mouvement.
- *Récupération-détente.*

(En posture assise) Pause récupérative et intégrative

- Intégration de ce qui vient d'être vécu... de la profondeur des sensations présentes. À l'inspiration, mobilisation de chaleur-énergie corporelle, qui se propage et rayonne dans tout le corps au moment de l'expiration.
- Détente et l'on se place en posture debout.

(Debout) Exercice des héli-corps

- Prise de conscience de la position debout.
- On lève le bras droit à la verticale en inspiration, poing fermé, poids du corps reposant sur le côté droit.
- Rétention d'air-tension de tout le côté droit.
- Expiration en ramenant le bras droit dans sa position initiale.
- Conscience de la partie droite du corps.
- Trois fois, récupération-détente entre chaque mouvement.

- *Idem* avec l'hémicorps gauche. Conscience de la partie gauche du corps.
- Trois fois, récupération-détente.
- *Idem* avec les deux bras : réunification des parties droites et gauches, vécu de l'unité corporelle.
- Trois fois, récupération-détente.
- On se met en posture assise.

(Assis) Concentration sur un objet

- Un objet « neutre » ou naturel sur lequel on se concentre avec tous nos sens.
- (Éventuellement pour finir) Relaxation récupérative en position allongée.
- *Idem* au dernier exercice de la forme originelle ci-dessus.

4. La relaxation dynamique 2^e degré

Le sujet prend ici son propre corps comme objet de méditation, favorisant ainsi l'intégration de son schéma corporel externe. Pour s'observer de l'extérieur, il s'installe désormais à la place de l'objet sur lequel il se concentrait au cours du 1^{er} degré et ce, jusqu'à réaliser, au-delà même de l'attitude méditative, une authentique contemplation de soi. Cet état est atteint lorsque l'objet de méditation – le corps – persiste par lui-même, en dehors de tout effort volontaire de la personne sophronisée.

La clé de ce deuxième degré semble résider dans l'expérience d'une conscience illimitée, tandis que le corps, lui, est limité. Conscience extériorisée et si peu limitée dans l'espace qu'elle peut évoluer, de plus en plus loin du corps, dans le cosmos, pour un voyage qui n'est pas sans rappeler ces phénomènes *out-of-the-body* décrits par les Occidentaux.

Une conscience également illimitée dans le temps, avec des sentiments de liberté absolue, d'infini, d'éternité, que l'on ne manque pas de connaître au cours de cette « échappée » dans l'univers. Si satisfaisant – ou éprouvant – que soit ce vécu, le sujet doit ensuite retrouver sa réalité corporelle et réaliser son unité, dans une solide fusion corps-conscience, lui permettant de récupérer son identité dans la détente.

Retour, en fin de première partie, dans un réel bien présent, perçu avec une acuité spéciale due à l'état sophronique, tandis que l'on pratique les divers mouvements de tête, des bras et des jambes, en recouvrant le cadrage spatio-temporel qui nous est familier.

La deuxième étape de ce second degré de la relaxation dynamique est consacrée au développement des organes des sens. Le contact avec autrui et le monde extérieur,

les informations cognitives et affectives qu'on en retire, sont subordonnés au fonctionnement de notre équipement sensoriel. Il est donc essentiel, non seulement de le perfectionner, mais surtout d'en harmoniser les constituants. Le sens de la vue est ainsi le plus souvent privilégié au détriment des autres facultés sensorielles. Le niveau de vigilance sophronique facilite le développement de toutes les sensibilités : tactile, auditive, olfactive, gustative et visuelle.

Note : Remarquons, là encore, la précarité d'une position qui se voudrait à tout prix « positive » et pédagogique : l'appel à des images acoustiques ou visuelles, et aux autres catégories sensorielles, est susceptible de déclencher toutes sortes de reviviscences émotionnelles.

Le découvrement, qu'il soit souhaité ou non, se fait parfois de lui-même, à la manière dont Proust retrouvait, en savourant la célèbre madeleine, une part de son passé :

« [...] à l'instant même où la gorgée mêlée des miettes du gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi [...] tout d'un coup, le souvenir m'est apparu [...] dès que j'eus reconnu le morceau de madeleine trempé dans le tilleul que me donnait ma tante [...] la vieille maison grise sur la rue, où était sa chambre, vint, comme un décor de théâtre s'appliquer au petit pavillon donnant sur le jardin [...] toutes les fleurs de notre jardin et celles du parc de M. Swann, et les nymphéas de la Vivonne, et les bonnes gens du village, et leurs petits logis, et l'église, et tout Combray et ses environs, tout cela, qui prend forme et solidité, est sorti, ville et jardins, de ma tasse de thé³. »

Le deuxième degré se termine par l'émission d'un souhait positif concernant tous les êtres.

5. — Pratique de la RD 2^e degré⁴

Relaxation contemplative (RD2 A)

SOPHRONISATION DE BASE DEBOUT (EN TOURNANT LE DOS À UN SIÈGE)

Le sujet se prend lui-même comme objet de méditation.

.....

3. Proust M., *Du Côté de chez Swann*, p. 68-73.

4. Cf. figures 2.17 à 2.21.

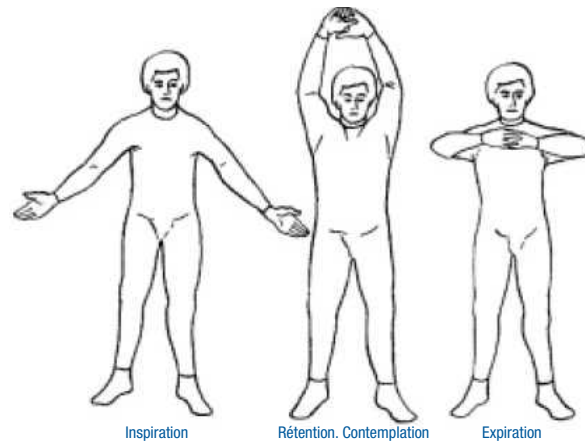


Figure 2.17. Sophro-respiration synchronique.

Sophro-respiration synchronique (figure 2.17)

- Inspiration : on lève les bras à la verticale, au-dessus de la tête ; on joint les mains.
- Rétention d'air : en essayant de se représenter son corps dans cette position.
- Expiration : les bras sont lentement abaissés... les mains passent devant le visage, le cou, la poitrine et l'abdomen, comme si elles reflétaient ces parties du corps.
- Trois fois.
- *Récupération-détente.*

MÉDITATION EN POSITION ASSISE

Après le vécu de détente, la conscience s'extériorise... Le sujet fait le tour de lui-même... Il contemple son propre corps.

Voyage dans le cosmos

« La conscience s'éloigne de plus en plus du corps et prend de la distance, de la hauteur, pour partir vers le soleil... Voyage dans le cosmos, sensations de liberté, de légèreté, d'infini... Le sujet peut aller jusqu'à pénétrer dans le soleil... Prendre un bain d'énergie, de chaleur, de lumière...

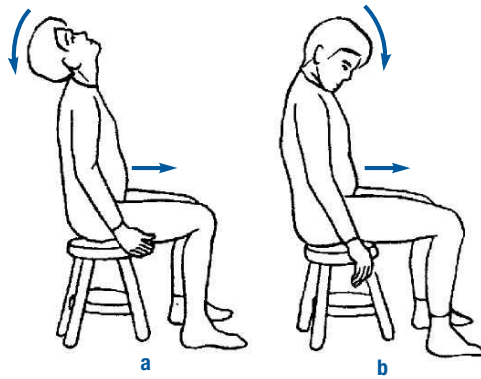


Figure 2.18. Respiration (a) tête en arrière (b) tête en avant.

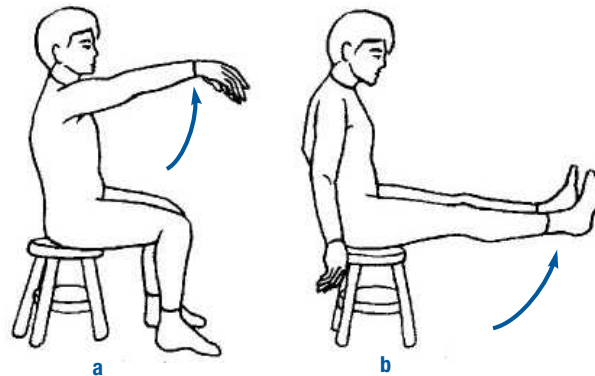


Figure 2.19. Projection (a) des bras (b) des jambes.

Retour enfin dans son propre corps, qui est totalement réintégré, rempli d'énergie, de chaleur, de lumière... »

Respiration-tête en avant

- Inspiration : le visage est abaissé vers l'avant.
- Rétention d'air : vécu de ses propres sensations internes, ou contemplation de soi, de l'extérieur, dans cette position.
- Expiration : retour, « à l'intérieur de soi »...
- *Récupération-Détente.*

Respiration-tête en arrière (figure 2.18)

- Inspiration : on laisse aller la tête en arrière.
- Rétention d'air : vécu de ses propres sensations internes, ou contemplation de soi, de l'extérieur, dans cette position.
- Expiration : retour du visage, en position d'équilibre...

- *Récupération-Détente.*

Respiration-projection d'un bras (figure 2.19)

- Inspiration : on lève lentement un bras à l'horizontale.
- Rétention d'air : contemplation de soi, bras tendu... Perception du poids, volume, longueur, caractéristiques du bras.
- Expiration : retour du bras dans sa position initiale.
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Respiration-projection de l'autre bras

- Inspiration : on lève l'autre bras à l'horizontale.
- Rétention d'air : contemplation de soi, bras tendu... Perception du poids, volume, longueur, caractéristiques du bras.
- Expiration : retour en position initiale.
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Respiration-projection des deux bras

- Même chose que pour les gestes précédents, mais avec les deux bras simultanément...
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Respiration-tension d'une jambe

- Inspiration : on élève une jambe vers l'horizontale.
- Rétention d'air : contemplation de l'extérieur, avec prise de conscience du volume, de la longueur, etc., de la jambe.
- Expiration : on ramène la jambe dans sa première position.
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Respiration-tension de l'autre jambe

- *Idem* avec l'autre jambe.
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

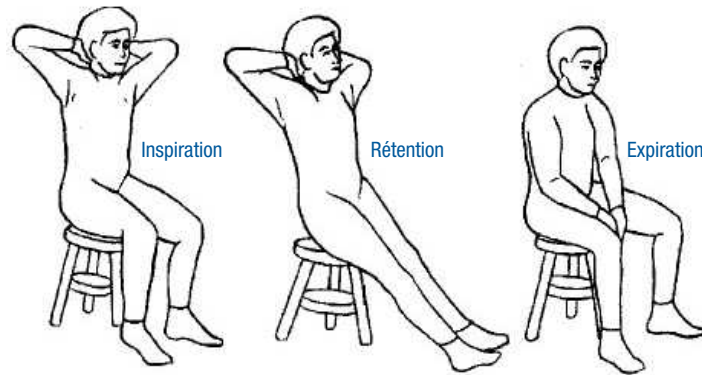


Figure 2.20. Tension de tout le corps.

Respiration-tension des deux jambes

- *Idem* avec les deux jambes, simultanément.
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Respiration-tension de tout le corps (figure 2.20)

- Inspiration : on porte les mains derrière la nuque.
- Rétention d'air : tension de tous les muscles du corps, le buste étiré vers l'arrière, les jambes tendues.
- Expiration : retour en position initiale...
- Trois fois.
- Récupération-Détente.
- *SAP et reprise.*

Développement des organes des sens – Naissance d'un souhait (RD2 B)

SOPHRONISATION DE BASE EN POSITION ASSISE

Exercice

Chauffage corporel

- Respiration diaphragmatique : lente... récupération-détente... rapide...
- *Récupération-Détente.*

Développement des cinq sens (figure 2.21)

- **L'odorat** : l'attention est portée sur le nez, les narines, le plafond du nez, responsable de l'odorat. On peut sentir l'odeur de l'air, à l'entrée et après son passage dans le corps... Retrouver des odeurs diverses...

Détente.

- **Le goût** : prise de conscience de la bouche... Le palais, l'intérieur des joues, les gencives, les dents, la langue, les papilles gustatives... Goûter sa salive... Retrouver des goûts divers...

Détente.

- **La vue** : on se penche en avant, les coudes posés sur les genoux, les mains placées devant les yeux... Impression que les yeux flottent dans l'air... Prise de conscience des yeux, leurs structures, leurs couches : la rétine, la pupille, les cristallins... Évocations d'images diverses, perçues de façon très précise...

Détente.

- **L'ouïe** : on laisse glisser les mains sur les oreilles, en restant toujours penché en avant, les coudes en haut des genoux... Méditation sur l'ouïe... L'oreille... Évocations d'images acoustiques diverses, sons... Bruits...

- Détente.

- **Le toucher** : on laisse à nouveau ses mains libres... pour apprécier le sens du toucher... On peut toucher son corps en méditant sur les sensations qui accompagnent ce geste... Évocations tactiles diverses... (toucher la peau d'un bébé, contact avec un rocher rugueux, sensation de lisse, etc.).

Détente.

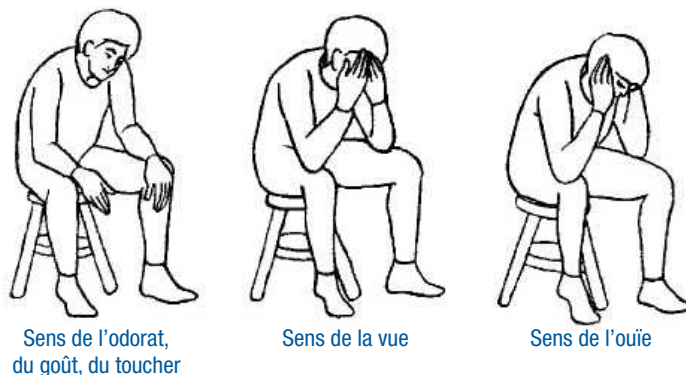


Figure 2.21. Développement des cinq sens.

Émission d'une pensée

La respiration est associée à une pensée positive qui concerne directement le sujet (« J'ai la paix »), ou des êtres qui lui sont chers (« Puissent les êtres chers avoir la paix »), ou encore qui concerne tout l'univers (« Puissent tous les êtres avoir la paix »).

Se lever, après avoir retrouvé le tonus, en gardant toujours les yeux fermés...

Position debout : perception de l'équilibre.

Vécu de son équilibre, tant du point de vue physique que mental...

SAP.

Reprise classique.

6. La relaxation dynamique 3^e degré

La relaxation dynamique 3^e degré reprend à son compte ce postulat fondamental du zen japonais : le cosmos forme un tout indivisible.

L'objectif poursuivi est l'intégration, la plus harmonieuse possible, de l'individu dans cette totalité, à l'aide d'une méditation qui tend « à établir un phénomène de résonance entre le plan de la conscience individuelle et celui de la conscience cosmique, permettant à la première de s'élever progressivement en dépassant ses barrières pour finir par se fondre au sein de cette dernière » (Rager, 1973). Est ainsi recherchée la fusion entre soi et l'environnement (cosmos), une sorte d'accord serein, sans prévalence ni du moi, ni du monde extérieur.



IMPORTANT

Le 3^e degré est à un niveau post-thérapeutique : pour pouvoir obtenir une telle fusion, il est indispensable d'avoir suffisamment dépassé les problèmes d'amour ou de haine, vis-à-vis de soi et des autres, avec leurs contraintes, leurs passions, leurs limitations ; sans quoi, leur insistante prégnance ne manquerait pas de s'imposer une nouvelle fois, au cours d'une méditation dont le but est, justement, que rien ne soit dissocié du vécu synchrétique.

Le moi est dilué, au profit d'un vécu immédiat, sans *a priori* ni perspectives d'avenir, sans limitation spatio-temporelle. L'instant présent est perçu dans sa plénitude, dans un sentiment d'absolu, d'infini, d'éternité... État synchrétique, disions-nous, qui ne

privilège aucun des pôles de la totalité « soi-autrui-cosmos » mais avec la conscience de leur liaison.

Fiche

Comment, pratiquement, aborder cette dimension ?

Tout d'abord, en se concentrant sur le **point hara** (entre l'ombilic et le pubis), centre de soi, centre d'équilibre, d'énergie, où naît le mouvement respiratoire.

La prise de conscience de ce centre est favorisée par un accompagnement de la respiration, les mains placées sur le bas-ventre.

Le point hara représente aussi le lieu de la jonction, du contact direct entre notre « être profond » et le monde extérieur. On commence donc par vivre intensément la zone du hara, autour de laquelle se fait progressivement le vide.

La posture anatomique participe de la même intention de jonction avec le milieu extérieur, sans attache précise, interne ou externe.

Les yeux mi-clos laissent passer la lumière sans focalisation perceptive particulière ; les oreilles laissent passer les sons sans toutefois les écouter...

La marche sophronique, en position anatomique, apporte en outre la dimension du groupe humain : le « je » ne saurait exister sans le « nous » ; la saisie de notre « être-au-monde » serait incomplète si elle n'incluait la nécessaire relation à autrui. La marche sophronique aide à sentir ce lien primaire à l'autre, soi et autrui également parties intégrantes de l'univers ; individu et groupe à l'unisson, dans un même rythme basé sur la respiration.

C'est enfin **l'attitude méditative**, telle qu'elle se pratique dans le zen Japonais, qui donne toute sa richesse au vécu symbiotique.

Cette méditation est une « prise de conscience paisible, sans commentaires, de ce qui se passe alentour... » (Watts). Soi, autrui et environnement présents mais non distincts... Le corps n'y compte pas plus, ni moins, que le reste ; il ne doit donc pas éveiller d'intérêt particulier... Avec la posture anatomique, l'antinomie tension-détente est rapidement dépassée, limitant du même coup les risques de centration sur la douleur ou le plaisir corporels.

L'esprit n'y poursuit aucune intention : les représentations (images mentales) n'importent pas plus que ce qui est perçu de l'extérieur. La méditation tend à exclure de son esprit « toute pensée de vouloir saisir » (Suzuki). Les images, idées et discours divers qui surgissent à la conscience sont observés, en se désintéressant de leurs contenus, des messages qu'ils peuvent révéler... Refus de se laisser attacher, entraîner dans notre subjectivité...

Cette évolution, de représentations en représentations, sorte de balayage permanent, peut conduire à un vécu de vide (harmonieux). Le silence est naturellement de mise dans un tel contexte : toute suggestion, toute « directive », de la part du « meneur », ne sauraient être que réductrices, appauvrissantes. Le vide et le silence sont porteurs de tous les contraires (qui, à ce niveau, ne sont pas vécus comme antagonistes)... Certains thèmes très généraux, en rapport avec les forces vitales (vie, énergie, nature...) et l'univers, peuvent toutefois, surtout dans les premières séances, servir de points de départ à la méditation.

L'école Rinzaï propose des problèmes (*koans*) insolubles, absurdes, véritables impasses mentales, qui conduisent l'élève, en recherche de solution, à des états de tension, de doute,

entraînant la « rupture des barrières de la conscience » (Suzuki), avant de connaître l'illumination (Satori). Celle-ci serait une façon de percevoir l'essence des choses intuitivement, comme une connaissance directe après que notre pensée a été « purifiée ».

Cet état supra-conscient, en fait très exceptionnel, se retrouve, décrit de façons remarquablement convergentes, dans tous les grands courants métaphysiques et religieux : état *samadhi* en Indes, *satori* au Japon, *dhiki* chez les musulmans, illumination chez les mystiques chrétiens.

Le 3^e degré engage en fait le sujet dans une dimension transcendantale, vers la saisie d'une « conscience pure », région de l'être où « s'entrelacent les objets, les "data", les vécus, les significations de toute réalité constituée. La conscience est cet entrelacement » (Ey, 1968, p. 54).

Ce vécu méditatif, au-delà des mots, au-delà du sens, appelle cependant une interrogation de la part du psychologue : s'agit-il réellement d'accéder à un niveau supérieur de conscience, ou bien ce vécu symbiotique porte-t-il essentiellement la marque de la régression (à une relation fusionnelle fœtale⁵) ?

En d'autres termes, doit-on bien parler d'un *au-delà*, ou plutôt d'un *en deçà* ?

Note : Quelle que soit la réponse apportée à cette question, force est de constater qu'elle s'inscrit elle-même au cœur de la démarche, essentiellement paradoxale, du 3^e degré.

L'état d'« illumination » ne réalise-t-il pas en effet une synthèse, une jonction, de ces deux états contraires par excellence que seraient pour le sujet la vie avant la naissance (en deçà de son existence individuelle) et celle d'après sa mort (au-delà de cette existence⁶) ?

« Fantasma et illusion d'une survie ou d'une renaissance » en rapport avec l'angoisse d'anéantissement, diront certains... « Expérience essentielle » recoupant les conceptions de traditions millénaires sur la destinée humaine, rétorqueront les autres... La position personnelle du praticien n'enlèvera cependant rien à l'intérêt psychologique de ce troisième degré, pour l'évolution individuelle dans son ensemble comme pour des applications plus spécifiques (par exemple, la préparation à la mort (Donnars, 1981).

.....

5. Cette réflexion rejoint certaines critiques d'analystes sur les « nouvelles thérapies » et les fantasmes à la base de leur démarche (voir à ce sujet Gentis, 1982, par exemple).

6. On comprend ainsi l'ouverture par certains thérapeutes français – cf. Introduction – de l'éventail caycédien, l'état d'illumination rejoignant à son paroxysme la mort.

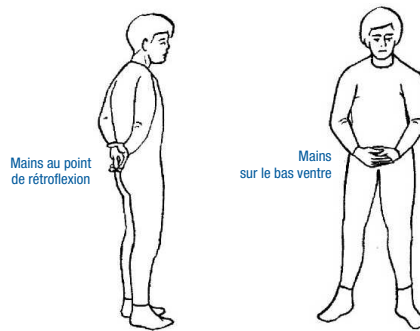


Figure 2.22. Conscience de la respiration.

7. — Pratique de la RD 3^e degré⁷

Relaxation dynamique réflexive (RD3 A)

Sophronisation debout (devant un siège)

Exercices

Respiration (figure 2.22)

- Par le bas-ventre, mains croisées dans le dos, au point anatomique de rétroflexion.
- *Idem*, avec les mains croisées sur le bas-ventre.

En position assise

Approfondissement de la relaxation.

Recherche de la posture anatomique (figure 2.23)

On se laisse glisser le long du rebord du siège, en projetant le bassin en avant... Le buste est aussi droit que possible, en évitant d'être contracté cependant... On place les mains entre le nombril et le pubis, un poing fermé, l'autre main ouverte sur le poing... Notre concentration maintenue sur la respiration basse, les mains suivant le mouvement respiratoire... On peut accompagner l'expiration avec une légère pression du poing sur le bas-ventre...

.....
7. Cf. figures 2.22 à 2.24.



Figure 2.23. Posture anatomique.

Entrouverture des yeux

Tout en maintenant le niveau sophroliminal, il est possible d'entrouvrir les paupières... Les yeux mi-clos, le regard dirigé vers le sol devant la chaise... On a l'impression parfois de voir le monde extérieur comme à travers un nuage, ou un brouillard lumineux... Concentration sur la respiration sous-ombilicale, en maintenant cette posture quelques instants dans un silence complet...

Méditation

Sur des thèmes tels que l'énergie vitale... Les sensations de forces vitales internes, que mobilise la respiration diaphragmatique... La nature... La vie... etc.

Relaxation, retour en position de détente habituelle.

Marche sophronique : on se met debout (figure 2.24)

On se lève pour effectuer une marche, les yeux mi-clos, en synchronisant les pas avec la respiration diaphragmatique... En posture anatomique debout (courbes de la colonne vertébrale effacées, les mains entre le pubis et l'ombilic) :

- Inspiration : on avance un pied de quelques centimètres.
- Rétention d'air : en faisant peser son corps sur la jambe avancée.
- Expiration : en amenant l'autre pied sans effort au même niveau.

On progresse ainsi en union avec le groupe.

Fin de la marche : se placer de nouveau devant son siège, relâchement.

Relaxation debout, yeux fermés.

Désophronisation.

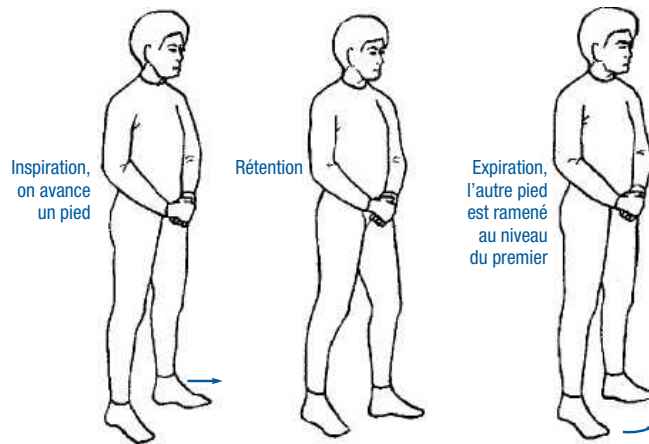


Figure 2.24. Marche sophronique, yeux mi-clos.

Méditation (RD3 B)

Exercice : sophronisation de base, en position assise

Posture anatomique

Méditation, au plus profond de soi-même, en harmonie, en osmose avec l'environnement... En harmonie avec les choses, et les êtres, avec le cosmos...

Retour en position assise classique, yeux fermés...

Remuer les doigts, les différentes parties du corps... Puis se lever...

Position de méditation debout, yeux fermés...

Les mains placées dans le dos, au point de rétroflexion... Silence... Respiration... Méditation libre...

Reprise.

8. La relaxation dynamique 4^e degré⁸

En « posture anatomique », désormais bien intégrée grâce au degré précédent, le sujet va réaliser un parcours « à rebours » de la relaxation dynamique. Certains

.....

8. Pratique initiale proposée par Caycedo à Paris en 1985.

gestes de la RD II, puis de la RD I, sont ainsi effectués, assis ou debout, les yeux mi-clos, les mains sur le bas-ventre.



GROS PLAN

Caycedo ajoute à la méthode deux procédés nouveaux d'activation positive :

- **Le sophro-déplacement du négatif (SDN) :** permet de se libérer des énergies négatives (angoisse, tensions, sensations négatives) ; on « dé-somatise » le négatif en imaginant – et, au-delà, en sentant – que chaque expiration expulse hors de nous nos tensions et nos difficultés ;
- **La sophro-présence immédiate (SPI) :** est la technique, complémentaire de la précédente, qui consiste tout d'abord à vivre, dans l'« ici et maintenant » de la relaxation (= présence immédiate), les sentiments profonds et les sensations positives que l'on éprouve vis-à-vis d'objets ou d'êtres chers... Sentiments et sensations qu'on laisse ensuite s'« incorporer » en nous. La sophro-présence immédiate est une véritable somatisation du « positif », activée avec la respiration : chaque inspiration élargit, augmente en nous les effets de nos « structures positives ».

Sans doute est-il excessif de valoriser à ce point, ne serait-ce que par ces appellations aussi sophistiquées, des modes d'inductions somme toute assez couramment improvisés au cours des relaxations par les sophrologues, sans pour autant les élever au rang de « techniques » spéciales ou originales. Il nous arrive par exemple de suggérer que l'« énergie » terrestre (ou céleste) pénètre progressivement dans le corps du sujet, en y introduisant la force et l'harmonie. Ou encore – procédé dont A. Caycedo propose une variante – de demander que le va-et-vient respiratoire soit perçu comme une façon de se remplir de bien-être, à l'inspiration, et de rejeter hors de soi ses difficultés à l'expiration. Ceci relève en fait d'une fantasmatique pouvant être analysée en termes kleinien, qui tendrait à imaginer les échanges avec l'extérieur, par le biais de la respiration, comme un processus d'« intériorisation », d'« incorporation » du « bon objet » externe, le « mauvais » en soi étant projeté à l'extérieur.

Cette bonification de soi, que l'on peut bien appeler « renforcement des structures positives », est calquée sur un mode de relation d'objet caractéristique du stade oral, dont découle un meilleur investissement narcissique ainsi que la consolidation des sentiments d'estime de soi. Il est aussi possible de faire du sophro-déplacement du négatif et de la sophro-présence immédiate des séances à part entière, sans référence

à la RD 4^e degré, en approfondissant davantage le travail d'intégration du schéma corporel, la diminution des tensions corporelles, le vécu du bien-être.

Sophro-déplacement du négatif⁹

Exercices

Sophronisation de base

« On va progressivement évacuer les tensions de notre corps, ce qui peut y être somatisé négativement, nos difficultés, nos anxiétés... En nous aidant de notre respiration...

Et pour commencer, on porte notre attention sur le *visage*... En déplaçant légèrement la tête en arrière, on fait une inspiration... Et l'on retient l'air tout en faisant une légère tension du visage pour mieux percevoir les zones de tiraillement, certaines parties plus ou moins tendues... Et à l'expiration on laisse partir le négatif, les tensions, et avec elles les difficultés somatisées dans le visage...

Récupération tranquille... Le visage, la tête, continuent à se relaxer...

Maintenant nous allons vers le *cou*, la *nuque*, cette région souvent chargée, où peuvent s'accumuler des tensions...

En abaissant un peu la tête vers l'avant, on fait une inspiration... Puis on observe les éventuelles contractions du cou, de la nuque... Qu'on laisse ensuite partir, se dissiper, avec l'expiration...

Récupération... Élimination encore plus complète de nos tensions, et autres soucis ou difficultés...

Nous allons maintenant inspirer tout en levant les *bras* vers l'horizontale, et en fermant les poings... Pour prendre conscience des tensions dans nos bras, nos avant-bras, nos poignets, nos mains... Puis les laisser s'évacuer à l'expiration, à l'extérieur de nous...

Prise de conscience de nos bras détendus...

Nous allons à présent nous placer un peu plus en avant de la chaise... Poser nos mains sur les hanches et inspirer un peu plus profondément tout en tendant les coudes vers l'arrière, comme pour les rapprocher l'un de l'autre...

.....

9. Voir également le chapitre 1, où les techniques SDN et SPI sont présentées en lien avec les 5 systèmes.

Prise de conscience du *dos*, du *thorax*, en rétention d'air... Et en expiration, les tensions qui peuvent se trouver dans cette région sont déplacées hors de nous...

Bien-être au niveau du thorax, de la poitrine, du dos... On se relâche...

En nous laissant aller au rythme de la respiration, on peut percevoir les mouvements réguliers de notre *ventre*, la partie abdominale, l'intérieur du ventre... Et lors d'une inspiration on va tendre un peu plus les muscles abdominaux... Et se débarrasser à l'expiration de toutes les somatisations négatives assez fréquentes à cet endroit du corps... Libérer nos organes avec l'expiration...

Pour ressentir une douce chaleur de bien-être, de santé, au niveau du ventre...

Et à présent on va tendre un peu les *jambes* vers l'avant... ressentir les tensions qui peuvent se trouver dans le *bassin*, les muscles fessiers... Tout le bas de notre corps jusqu'au bout des pieds... Expiration, détente...

Pour finalement ressentir *globalement notre corps*, nous allons placer nos mains derrière la nuque...

Inspiration, tension du corps en retenant l'air... Et expiration pour nous libérer entièrement...

Et ressentir toute l'énergie calme et confiante qui circule en nous. »

Reprise.

Sophro-présence immédiate

Exercices

Sophronisation de base

« Nous allons maintenant retrouver une *situation positive*... un *souvenir plaisant*... ou une *image agréable*...

Ou encore un sentiment très positif (de la tendresse, de l'affection pour un être qui nous est cher, un sentiment de joie...)... On retrouve précisément une situation, une sensation, un sentiment positifs, comme ça nous vient...

Et quand on est en présence de cet élément très positif, on peut imaginer qu'à chaque inspiration on capte à l'intérieur de nous-même tout ce qu'il a d'agréable, de force positive... qu'on intériorise encore davantage avec la respiration...

C'est comme si à chaque expiration ce sentiment, cette pensée, ces sensations bienfaisantes continuent à se diffuser toujours davantage, à se répandre généreusement dans notre corps tout entier...

Chaque inspiration mobilise un vécu positif qui s'incorpore en nous de plus en plus complètement en une énergie à la fois forte et paisible...

Je me sens bien dans ma peau... Bien-être... Harmonie...

Et l'on va pouvoir, progressivement, chacun à son rythme, revenir à la fois calme et harmonieux, bien en contact avec la réalité extérieure... »

Reprise.

9. Pratique de la RD 4^e degré – Forme originelle¹⁰

Sophronisation en position assise (yeux fermés)

Exercices

Posture anatomique : assis, mains sur bas-ventre, yeux mi-ouverts

Sophro-déplacement du négatif : chaque expiration entraîne une libération des somatisations négatives, des sensations et sentiments négatifs.

Posture anatomique debout : yeux semi-ouverts (figure 2.25)

On croise les mains derrière la nuque puis :

- Inspiration : déplacement de la tête en arrière.
- Rétention d'air : en regardant le ciel les yeux mi-clos, tension de tout le corps.
- Expiration : retour du visage et relaxation (mains nuques).

Trois fois.

(On ramène les mains sur le bas-ventre.)

Conscience des sens... yeux semi-ouverts (figure 2.26)

- Toucher de la peau (percevoir notre présence).
- Ouïe : on place les mains en forme de coquilles sur les oreilles (comme en RD2 B), puis, en respiration libre, on déplace un peu la tête en arrière (« écouter les sons cosmiques »)... Les pieds sur terre, tout le corps est projeté sur l'univers...

.....
10. Cf. figures 2.25 à 2.27.

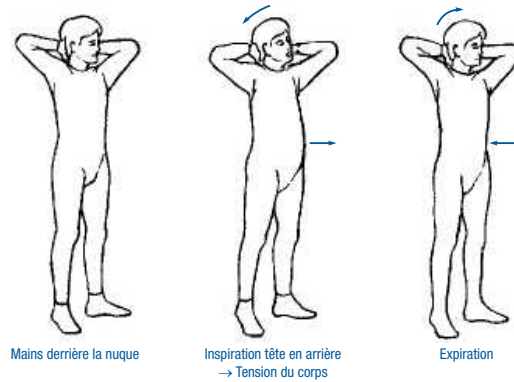


Figure 2.25. Tension mains/nuque, yeux mi-clos.

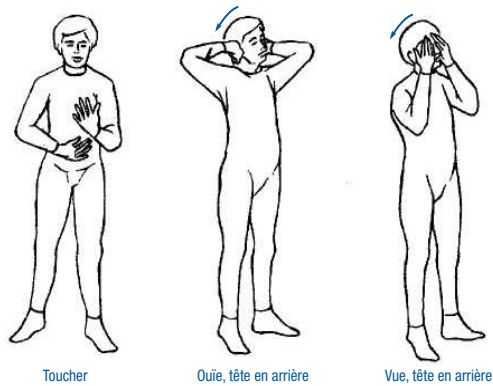


Figure 2.26. Conscience des sens, yeux mi-clos respiration libre.

- (On ramène les mains sur le bas-ventre.)
- Relaxation.
- Vue : on place la paume des mains devant les yeux, puis, tête en arrière, le corps projeté sur le cosmos (« regard sur l'infini »)... retour du visage...
- (On replace les mains sur le bas-ventre, yeux semi-ouverts.)
- *Relaxation.*

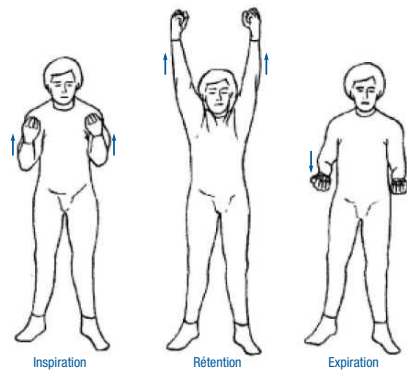


Figure 2.27. Tension de tout le corps, yeux mi-clos, bras levés.

Exercices du cou (yeux semi-ouverts)

« Oui » et « non » avec la tête, mouvements circulaires... (comme pour le 1^{er} degré).

(On détache les mains.)

Tension de tout le corps, bras levés, poings fermés (figure 2.27)

- Inspiration : on lève les mains vers le ciel, poings fermés.
- Rétention d'air-tension du corps.
- Expiration : en ramenant lentement les bras le long du corps.
- Trois fois.

Posture anatomique en position assise : perception de la récupération, méditation totale

Sophro-présence immédiate (yeux semi-ouverts) : vécu de sensations, de sentiments positifs à l'égard d'un être cher, ou d'un objet... et « somatisation » du positif, activée à chaque inspiration.

Sophro-acceptation progressive.

Reprise.

10. Pratique de la RD 4^e degré – Forme actuelle commune

Après sa première présentation de la RD4 (Paris, 1985) décrite ci-dessus, A. Caycedo a réorienté cette pratique dans le sens d'une « méditation pour découvrir et conquérir notre dimension existentielle et/ou spirituelle » (Gautier, 2011, p. 116), actualisation intitulée « Vivance phronique des valeurs et constitution de la région phronique » que nous ne reprenons pas ici car elle sort selon nous des limites et de la cohérence de cet ouvrage concerné par les champs déjà très vastes de la pédagogie et de la thérapie sophroniques¹¹.

Note : À partir de cette actualisation se précisera et se distinguera une *sophrologie* dite « caycedienne », dûment labellisée et contrôlée en une méthode régulièrement remaniée par son fondateur¹².

La relaxation dynamique, envisagée à titre préventif, est certainement l'une des méthodes les plus complètes d'entraînement personnel, pour diminuer les tensions physiques et mentales, et pour développer le potentiel individuel. Son utilité thérapeutique est également indéniable, si l'on considère la logique qui sous-tend sa progression :

- Le 1^{er} degré rassemble des mouvements qui engagent le sujet à se concentrer sur sa *réalité bio-physiologique* : le corps y est *senti, perçu, vécu* le plus harmonieusement possible. Ce qui consolide le *schéma corporel interne* et qui conduit aux sentiments d'*unité* et d'*identité* propre.

L'évidence du « je suis » s'accompagne de la constitution d'une image interne rassurante (bien évoquée par la formule « être bien dans sa peau »). Le sujet peut ensuite (RD1 B) opérer une première décentration, en focalisant son attention sur un objet *extérieur*, et constater une deuxième évidence, celle de sa relation au monde (« je suis *au monde* »).

- Le 2^e degré, qui sollicite une attitude contemplative, aide à forger une *image*, cette fois *externe*, entraînant le sujet, de l'être, au monde du paraître. Le corps y est *imaginé, représenté*.

« Sortir de soi » est désormais possible, puisque le sujet, sûr de son identité, est certain de se retrouver ensuite. Cette mobilité éprouvée dans le jeu de va-et-vient – « entrer et sortir » de son corps – signe la maîtrise de son identité.

.....

11. Le lecteur pourra en trouver un descriptif détaillé dans Baste, 2014, p. 173-181.

12. Voir l'intéressante discussion de Pascal Gautier à ce propos dans son ouvrage *Découvrir la sophrologie*, 2011, chapitre « Indication et méthodes » p. 109 à 126, et notre paragraphe suivant intitulé « La relaxation dynamique et les évolutions caycediennes » (p. 106).

Comment par ailleurs ne pas relier cette expérience contemplative du 2^e degré à celle de l'enfant découvrant avec jubilation (vers 6-8 mois) dans le miroir une image totale de lui-même, qui lui fait anticiper une unité et une coordination à venir, lui faisant encore défaut, mais qu'il perçoit aussi chez autrui ? La conquête du corps propre, dans sa totalité, par le biais d'une identification à l'image spéculaire et à celle renvoyée par autrui, est une étape fondamentale de la constitution de l'être humain¹³. La présence de l'autre y est insistante, comme elle se trouve également dans cet « alter ego », ce « moi corporel imaginaire », si fascinant, contemplé au cours de ce degré.

Après cette saisie de soi réalisée dans le 1^{er} degré et au début du 2^e degré, on en vient très naturellement à activer, en RD2 B, la *sensorialité* qui informe, *relie le sujet à son environnement*, et permet son développement en le mettant en contact avec autrui et le monde des objets.

Avec le 3^e degré, on accède à un niveau où ne se pose plus la question de la relation du sujet à lui-même, au monde et à autrui, comme entités différenciées. On y réalise une *intégration de soi dans l'univers*, sans prévalence de telle ou telle composante (« je-suis-au-monde-avec-autrui » = une totalité indissociable).

Note : J'ai tenté de traduire, avec des mots forcément approximatifs et limités, la richesse d'une telle expérience. Cette connaissance directe, intuitive et immédiate, ne saurait, nous l'avons vu, s'embarrasser d'artifices, de techniques, ni de médiations diverses. Le silence du « moniteur » s'impose ici à l'évidence, chacun poursuivant sa méditation comme elle se présente.

On envisage mal comment il serait possible, dans la progression personnelle, d'aller au-delà de cette ouverture de l'être sur l'univers, au-delà de cette « intuition directe » des êtres et des choses.

Il me paraît ainsi plus judicieux de situer le 4^e degré de la relaxation dynamique avant la phase proprement méditative, donc *entre la RD3 A et la RD3 B*. Nous aurions là un vécu condensé, en posture anatomique, des principales phases déjà franchies au cours de l'entraînement individuel, avant de se lancer dans l'aventure, sans guide ni attache, de la méditation totale.

La force de la relaxation dynamique tient à la complémentarité de ses degrés : le sujet commence par s'y percevoir dans les fondements de son être (schéma corporel, image de soi, identité propre), pour ensuite prendre conscience des modalités de sa relation au monde et à autrui.

.....

13. Cf. « Jacques Lacan (le stade du miroir) », p. 178.

Ceci peut, dans certains cas, soulever quelques difficultés ; on sait bien que le « face à soi-même », le dédoublement, recherchés dans le 2^e degré, ou encore la fusion synchrétique du 3^e degré, ne conviennent pas aux personnes dont le sens de l'identité est fortement en péril ou franchement perturbé (psychotiques et *borderlines*¹⁴).

Le problème des contre-indications sera approfondi dans la partie thérapeutique de ce travail, mais l'on peut d'ores et déjà souligner que bien des écueils seront évités si l'on commence la progression... par le début, c'est-à-dire par le 1^{er} degré, qui favorise l'ancrage du sujet dans sa réalité corporelle et fortifie le sens de son identité. À cette condition seulement, l'entraînement pourra être valablement poursuivi.

11. La relaxation dynamique et les évolutions caycédiennes

Ma pratique personnelle s'en tient au cycle dit « fondamental » (RD1 à 4) présenté ici, car la progression en douze degrés de la relaxation dynamique caycédiennne, élaborée ultérieurement, me laisse dubitatif et circonspect. Ces degrés sont en effet censés conduire « du monde profane de la conscience ordinaire au monde de lumière de la conscience sophronique » (Chéné, 1994, p. 233). C'est « le dévoilement de la conscience nouvelle (la région phronique), le vécu de son support (l'énergie), de ses potentialités (Omicron, Epsilon) [qui] permettront la marche de la conscience vers sa liberté et lui donneront à l'aide d'une intentionnalité vraie la dimension des objets et des êtres pour une Nouvelle Quotidienneté d'être-présent comme être-dans-le-monde » (p. 234).

J'ai surtout l'impression que le *sujet* caycédien devient dépossédé de son affectivité au profit de la culture d'une « structure d'être » d'où la subjectivité est de fait écartée.

Ignorer les désirs propres, l'agressivité, l'image de soi (au bénéfice du seul schéma corporel), l'imaginaire et les contenus inconscients, l'histoire personnelle... pour privilégier ce qui est présumé « universel » en chacun de nous, sorte de « plus grand dénominateur commun » des êtres... à quoi donnerait accès – et que développerait – le travail sophronique.

La direction donnée par A. Caycedo à la sophrologie après sa période fondatrice n'est pas la mienne. Libre à chacun naturellement de choisir sa voie...

.....

14. On préférera naturellement parfois orienter le patient vers des thérapeutiques mieux adaptées à ses besoins (phases de décompensation, délires... qui nécessitent un traitement médicamenteux, par exemple).

Mais une chose est de prétendre développer une « philosophie de l'existence », autre chose est la confrontation aux problèmes d'êtres en souffrance dont il paraît bien utopique de penser les aider sans s'engager dans les subjectivités, les contenus et déterminants personnels et relationnels.

Comment par ailleurs s'accommoder de cet aspect formel, extrêmement cadré, très normatif au fond, de la prise en charge classiquement caycédienne des sophronisants : parcours fléché, codification stricte et méticuleuse des procédures, néologismes aussi systématiques qu'alambiqués, *terpnos* répétés à peu près à la lettre par tous les sophrologues du sérail aussi soucieux que fiers de leur orthodoxie ? La relaxation dynamique caycédienne, désormais légalement protégée par son auteur, se complexifie au fur et à mesure des actualisations « magistrales » en un système de pensée (soigneusement codé en un métalangage) réclamant certainement plus de foi et d'allégeance que d'esprit critique.

La pratique sophronique s'agrémente ainsi de techniques nouvelles avec des *terpnos* appropriés. On y trouve par exemple la technique VIPHI (condensé de « vivance phronique Isocay¹⁵ ») qui consiste à prononcer mentalement un mot (souvent directement « vivance phronique » !) accompagnant l'activation de la présence du corps ou partie du corps à chaque inspiration, et un mot dynamisant les sentiments positifs à l'expiration (« bonheur vital » ou carrément « Isocay » !). Sachant que désormais le corps est différencié en cinq « systèmes » par Caycedo, on assiste à des séances de relaxation dynamique au *terpnos* sinon phénoménologique du moins prodigieusement phénoménal !

Voici un extrait de RDC1, présentée sur un site de sophrologues, caractéristique de la forme actuelle :

« Vivance phronique au moment d'inspirer l'air, Isocay au moment d'expulser l'air. Vivance phronique pour activer la présence de la peau du 1^{er} système, Isocay pour essayer de réveiller des sentiments positifs au niveau de la peau... Vivance phronique pour la présence, Isocay pour les sentiments...

Nous arrêtons les mots, relax, profondément, essayons de percevoir la présence de notre peau dans la conscience, la peau de notre 1^{er} système dans la conscience...

Essayons de le voir avec un nouveau regard tridimensionnel...

Essayons de nous approcher de sa vie passée, ses origines, car notre peau a commencé sa présence dans la vie à l'époque embryonnaire, dans une époque où les cellules étaient presque complètement cellules mères et c'est là où apparaît le commencement de notre tissu, de la peau, c'est à un moment qui portait l'énergie pure que nous appelons énergie OMICRON, responsable de l'intégration des tissus. Essayons de faire un appel à cette énergie, comme si nous pouvons transporter cette énergie à l'heure actuelle et rapporter les tissus de notre peau. Au moment

.....

15. Isocay pour « intégration sophronique caycédienne ».

d'inspirer l'air, essayons de percevoir des sentiments positifs au niveau de notre peau, la peau de notre 1^{er} système. Et c'était déjà des instants Isocay, au moment d'inspirer l'air, avec un sentiment d'intégration vital au niveau de notre peau, de notre 1^{er} système. »

Sans plus de commentaires, je laisse volontiers à d'autres le parcours « initiatique » caycédien. Il faut cependant savoir qu'un très grand nombre de sophrologues se réclament aujourd'hui d'une sophrologie « plurielle » et ne suivent pas automatiquement A. Caycedo dans ses errements spéculatifs ou ses injonctions scolaires¹⁶.

La relaxation dynamique dans ses degrés fondamentaux reste ainsi privilégiée car elle est fondée sur des approches traditionnelles majeures (yoga indien, méditation bouddhique tibétaine, zen japonais) qui ne doivent rien aux évolutions, circonvolutions ou dérapages d'une pensée unique.

12. Bibliographie

- BASTE N. (2014). *Aide-Mémoire sophrologie*, Paris, Dunod.
 CHÉNÉ P.-A. (1994). *Sophrologie, fondements et méthodologie*, Paris, Ellébore.
 DONNARS J. (1981). *Vivre*, Paris, Tchou.
 EY H. (1968). *La Conscience*, Paris, PUF, 2^e éd.
 GAUTIER P. (2011). *Découvrir la sophrologie*, Paris, InterÉditions.
 GENTIS R. (1982). *Leçons du corps*, Paris, Flammarion, coll. « Champs ».
 HUBERT J.-P. (1980). *La Relaxation dynamique*, Centre de sophrologie de Paris.
 PROUST M. (1918). *Du Côté de chez Swann*, Paris, Gallimard, NRF, t. I.
 RAGER J. (1973). *Hypnose, sophrologie et médecine*, Paris, Fayard.

.....

16. L'excellent livre de Pascal Gautier, *Découvrir la sophrologie*, permet de se faire une claire idée des étapes du cheminement de la sophrologie jusqu'aux plus récentes actualisations de Caycedo.

Chapitre 3	
Le stress en question	112
Chapitre 4	
La fonction tonique et la relaxation	129
Chapitre 5	
Schéma corporel et conscience de soi	137
Chapitre 6	
Sensibilités, tonus, émotion, schéma corporel et relaxation	144
Chapitre 7	
Champ de la sophrothérapie	165
Chapitre 8	
L'imaginaire corporel	171



Partie
2

Éléments théoriques fondamentaux

Le stress en question

PASCAL GAUTIER

> Pourquoi ce chapitre ?

Lors d'interventions autour du **stress**, les personnes interrogées sur ce qu'évoque pour elles ce terme, enchaînent des mots ou expressions révélatrices.

Il en ressort que le stress est d'abord associé à des termes perçus comme négatifs : pression, urgence, manque de temps, inquiétude, « les boules », angoisse, tension, peur, panique, énervement, agitation, tremblements, les mains moites, le cœur qui bat (vite), chaleur, rougissement, « plein le dos », douleurs... En les invitant à changer de registre, des termes (moins nombreux) comme énergie, stress positif, performance, dépassement de soi... peuvent ensuite être donnés.

Sommaire

1. Qui semble le plus touché par le stress ?.....	113
2. Les origines.....	113
3. Un modèle de stress.....	116
4. Un détour vers la physiologie.....	119
5. Les trois phases du syndrome général d'adaptation.....	123
6. Les ingrédients du stress.....	126
7. Bibliographie.....	127

1. Qui semble le plus touché par le stress ?

Pour rester dans les représentations courantes du stress, la majorité semble s'accorder pour dire que les **adultes** sont les plus stressés, notamment par une course effrénée contre le temps, la pression exercée « par les autres ». Les **personnes âgées** auraient plus de temps. Elles seraient plus lentes et « donc » moins stressées. Les **enfants** resteraient assez épargnés, profitant surtout de leurs loisirs, même si on admet qu'ils sont eux aussi sous pression : on les presse le matin de se préparer ; ils doivent être plus performants à l'école, parfois même en sport ; ils sont obligés de manger des aliments qu'ils aiment moins et doivent réaliser des activités physiques pour être en bonne santé...

Pourtant, les études scientifiques¹ montrent que les enfants et les personnes âgées sont plus vulnérables que les autres face au stress. En effet, le cerveau en développement des plus jeunes n'est pas toujours suffisamment mature pour s'adapter aux pressions quotidiennes ou événements inattendus. Celui vieillissant des personnes âgées a de plus en plus de difficultés à le faire. Ajoutons que le stress chronique accélère le vieillissement cellulaire et cérébral : cela devient un cercle vicieux...

Par ailleurs, si le manque de temps peut être source de stress, ce n'en est pas l'ingrédient principal. Par exemple, ne vous est-il pas déjà arrivé de « stresser » à l'idée de passer une épreuve dont vous ne connaissiez pas tous les tenants et les aboutissants, ceci alors que vous disposiez de beaucoup de temps préalable ? L'annonce d'une mauvaise nouvelle concernant un proche, ou encore une visite incongrue d'une personne peu appréciée, ne seront pas sans provoquer une réaction de stress. Pourtant, ne sont-elles pas indépendantes du temps ?

2. Les origines...

Alors finalement, qu'est-ce que le stress ? Commençons par nous interroger sur les premières manifestations du stress dans l'histoire humaine, bien avant que ce mot n'existe. Nous sommes les héritiers d'hominidés ayant réussi à survivre à de nombreux dangers. Nos ancêtres, confrontés à des prédateurs potentiels, ont développé des adaptations physiologiques et comportementales de survie, résumées par la formule de W. Cannon dite des « trois F » (**figure 3.1**).

.....

1. Voir, par exemple, Lupien, 2010.

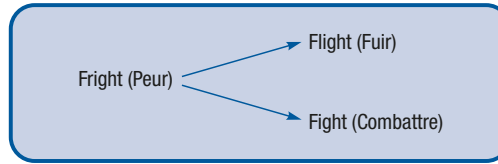


Figure 3.1. La formule des « trois F ».

D'après W.B. Cannon, 1932.

Ainsi, le corps de nos ancêtres a appris à « stresser » pour rester vivant. Le stress se traduit par une activation hormonale – que nous précisons plus loin – fournissant l'énergie permettant de **fuir** ou de **combattre**, d'éviter ou de résister.

L'un des problèmes est que notre environnement a évolué beaucoup plus vite que notre biologie. Nous sommes moins confrontés à un ours brun de plus de deux mètres, qu'à des conflits sociaux ou des problèmes de communication virtuels. Notre corps réagit pourtant de la même manière !

« En théorie », il suffit d'apprendre à notre corps qu'il n'y a pas nécessité de fuir ou combattre, pour faire face aux stress modernes. En pratique, ce n'est pas si simple, mais pas impossible dans une certaine mesure. La sophrologie y contribue.

Note : Il n'existe toutefois pas UNE recette contre le stress excessif.



INFOFLASH

Quelle est l'origine du mot stress ? Il vient, non pas de l'anglais mais... du latin *stringere* qui signifie « étreindre, serrer, resserrer, lier ».

Ce terme – le stress – renvoyait, pour les Anglais du XVII^e siècle, au malheur, aux difficultés, à l'adversité, à l'affliction. Après une utilisation par les théoriciens de la physique et de l'ingénierie (XIX^e), on retrouve son utilisation en 1910 par Osler pour expliquer la fréquence de l'*angor pectoris* par le travail forcené amenant *stress and strain... hard work and worry*².

L'utilisation du terme, dans son acception actuelle, est souvent attribuée à H. Selye, même si W. Cannon l'utilise dès 1934. Pour ce dernier, le « stress » désigne les événements ou conditions externes provoquant la sécrétion d'adrénaline et un déséquilibre de l'organisme. H. Selye, en 1982, dans un de ses derniers écrits, définissait le stress comme le

.....
2. Qu'on peut traduire littéralement par le stress et fatigue... travail dur et inquiétude.

résultat non spécifique à toute demande imposée au corps, que l'effet soit mental ou somatique. Il est le premier à désigner le stress comme une réaction physiologique face à un stimulus extérieur.

Stresseurs, distress, stress, eustress...

Derrière le mot *stress*, nous confondons facilement sa source, son processus, sa réaction ou un état particulier. Nous pouvons subir des stress, stresser, être stressés, etc.



INFOFLASH

Depuis la description de H. Selye, les événements provoquant le stress sont volontiers nommés « stresseurs » (*stressors* en anglais).

Le « stress » ou le « signe de stress » désigne la réaction physiologique à laquelle s'ajoutera plus tard la réaction psychologique.

Cet auteur désigne par « eustress » l'activation positive induite par le(s) stresseur(s), tant qu'il(s) ne dépasse(nt) pas les capacités de la personne : l'augmentation du stress est liée à l'augmentation de la performance.

Le « distress » apparaît avec le dépassement des capacités d'adaptation. La performance diminue.

Le modèle de l'éveil

Il est possible de faire un parallèle avec le modèle dit « de l'éveil ». Ce modèle suit la loi de Yerkes et Dodson, reprise par Hebb en 1972, qu'on peut traduire par la courbe de la **figure 3.2**. L'eustress caractérise la courbe ascendante (partie gauche) et l'augmentation de l'éveil. Le distress est associé à la courbe descendante et à l'accroissement de la perturbation émotionnelle.

Il est important de noter que cette courbe traduit le fait qu'il existe un **niveau optimal** d'éveil (ou de stress), au-delà et en dessous duquel la performance, l'efficacité se dégrade. Par exemple, lors de ma reprise d'études, fort de mes compétences en sophrologie, je décidai d'utiliser de manière régulière la technique de *sophro-acceptation progressive*³. J'imaginai ainsi vivre les épreuves de fin d'année de manière

.....

3. Voir présentation de cette technique dans la première partie de l'ouvrage, p. [SophroAcceptPosit](#).

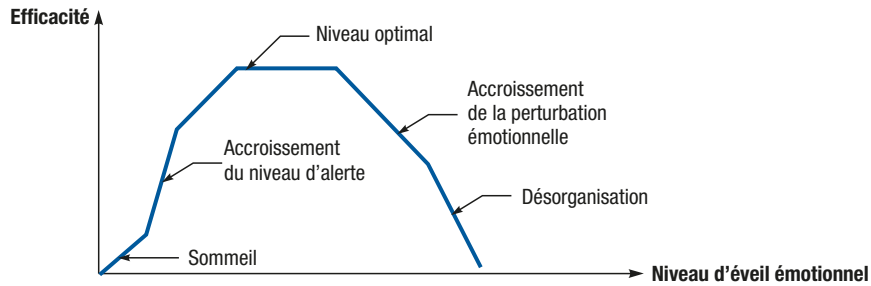


Figure 3.2. Efficacité de la performance en fonction du niveau d'éveil émotionnel (rapporté par Gaillard, 1997, d'après Hebb, 1972).

détendue, confiant dans mes ressources... ce qui arriva effectivement. Mais j'ai dû repasser certaines épreuves en septembre : j'étais trop cool et n'avais pas assez révisé !

Un stress ni excessif ni trop faible permet donc une adaptation efficace face à un stressor : être « cool » n'est pas non plus l'idéal ! Le stress n'est donc pas en soi « négatif » mais bien au contraire, une réaction positive et utile. Sans stress, il ne peut pas y avoir, par exemple, de performance (physique mais aussi cognitive). La difficulté est non la présence d'événements sources de stress mais leurs excès au regard de nos capacités. Le stress est inhérent, nécessaire à la vie et ses changements.



INFOFLASH

Stress et choc amoureux

« J'étais en hypervigilance, tous mes sens étaient en alerte ! J'avais des bourdonnements dans la tête. Mon cœur s'emballait, je sentais mon corps trembler. Je ressentais un mouvement de tout mon être qui me donnait l'envie de m'enfuir... tout en souhaitant l'inverse. »

Le choc amoureux est une réaction qui provoque le même type de réponses physiologiques. S'agit-il d'un stress « négatif » ? Peut-être pas... Il est aussi un véritable mécanisme de défense face à cette situation qui bouscule notre existence.

3. — Un modèle de stress

Lorsque les pressions ressenties – ou stressors – paraissent surpasser les ressources d'un individu, il commence à manifester des signes de stress (**tableau 3.1**). Plus les

Tableau 3.1.

Stresseurs	Ressources	Stress
Les pressions quotidiennes et les événements inattendus peuvent tous être sources de stress, surtout s'il y a cumul.	La capacité à réagir positivement dépend de la façon dont on est préparé à surmonter les pressions de la vie quotidienne. Toutes ces aptitudes peuvent s'apprendre et s'améliorer.	Lorsqu'il y a déséquilibre entre les pressions subies et l'aptitude à y faire face, on risque de ressentir des signes de stress.
Changements – problèmes familiaux – mauvaise santé – séparation, divorce – échec à un examen – difficultés financières – travail, chômage – accident...	Confiance en soi – maîtrise d'une pensée rationnelle – sens d'organisation – nombre et qualité des relations amicales – vie saine.	Maux de tête – contractions musculaires – palpitations – crise de panique – dépression – fatigue – troubles digestifs – phobies – excès de boisson – tabagisme – troubles du sommeil...

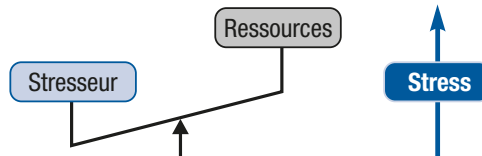


Figure 3.3. La balance du stress.

pressions sont importantes et prolongées, moins il se sent capable d'y faire face et plus ces symptômes risquent d'être graves.

Il y a, globalement, quatre axes d'action possibles pour rétablir l'équilibre (figure 3.3) :

- diminuer les stresseurs ;
- augmenter les ressources ;
- diminuer la réaction de stress ;
- modifier notre perception des stresseurs et de nos ressources.

Diminuer les stresseurs

Il faut pour cela d'abord les identifier, notamment avec l'utilisation de questionnaires spécifiques qui sortent du cadre de cet ouvrage et des compétences de base du sophrologue. Des actions sur les stresseurs pourront être mises ensuite en place : ergonomie, isolation acoustique, changement d'environnement, mais aussi affirmation de soi, etc.

Augmenter nos ressources

Il s'agit de renforcer nos capacités de réactions positives.

Le deuxième principe fondamental de la sophrologie⁴ – le principe d'action positive – s'inscrit pleinement dans ce deuxième point. L'un des objectifs concrets de la sophrologie est en effet de renforcer nos ressources personnelles, nos capacités d'adaptation et d'action au quotidien.

L'augmentation des ressources passe par l'acquisition de nouvelles compétences, de nouveaux savoir-faire et savoir-être. Des formations professionnelles et personnelles peuvent être nécessaires.

Diminuer notre réaction de stress

Nous évoquions au début de notre propos que la réaction de stress est innée, acquise au fil de l'évolution. Il est possible de la contrecarrer en partie et de développer une réponse de relaxation – pour reprendre le livre éponyme de H. Benson. Ceci passe par l'apprentissage de la relaxation consciente hors situations éprouvantes. La relaxation dynamique du premier degré et quelques techniques spécifiques en sophrologie en sont des moyens pertinents et éprouvés. Il s'agira, après avoir « découvert » ses méthodes auprès d'un sophrologue, de les « conquérir », les maîtriser de manière autonome à force d'entraînement. Progressivement, il sera alors possible de les « transformer », les appliquer au quotidien, face à des situations exigeantes⁵.

Modifier notre perception des stressseurs et des ressources

Percevoir les événements et les autres avec plus de réalité objective est le troisième principe fondamental en sophrologie. Il vise « à développer et à respecter notre réalité objective, ceci pour nous adapter de façon plus adéquate aux différentes situations et mieux satisfaire l'expression de nos propres besoins. Ceci passe aussi par la « mise entre parenthèses » de nos préjugés en essayant de voir les événements, soi-même et les autres [...], comme ils sont réellement » (Gautier, 2011, p. 41-42). La source de notre souffrance est en effet souvent due à une fusion, confusion d'avec nos croyances. Ces croyances sont initiées très tôt par notre environnement. Elles sont complétées par nos apprentissages, renforcées par nos expériences. Il peut ainsi

.....
4. Voir l'introduction de l'ouvrage.

5. Pour reprendre les trois étapes ou paliers de la sophrologie. Voir par exemple Gautier, 2011, p. 133.

arriver que nous soyons complètement décalés par rapport à la réalité. De nouveaux apprentissages sont alors nécessaires. La réforme de notre regard, de notre perception du monde et de nous-mêmes, semble cependant difficile sans une aide extérieure. Le sophrologue peut contribuer à cet accompagnement mais se devra d'être au plus clair avec sa propre réalité objective. Il ne devra pas en effet plaquer ses propres jugements ni imposer à l'autre sa perception des événements.



DÉFINITION

Le stress

Nous référant aux travaux de Lazarus et Folkman, nous définissons le stress comme *une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et menaçant son bien-être.*

Ce n'est pas tant le stimulus ou la situation qui provoque le stress que *l'évaluation subjective* qu'en fait l'individu. Cette évaluation dépend bien sûr de l'événement objectif mais l'interprétation, la *perception* sont ici privilégiées. Cet aspect est d'ailleurs une clé face aux stress. Nous venons d'en parler.

4. Un détour vers la physiologie...

Que se passe-t-il au niveau de notre corps ? Comment se fait-il que nous puissions avoir tant de manifestations biologiques ? Quelles sont-elles ?



INFOFLASH

C'est par hasard que Hans Selye découvre le « syndrome biologique du stress ». Recherchant de nouvelles hormones ovariennes, il remarque qu'à la suite d'injections d'extraits ovariens à des rats, il obtient toujours la même triade de réponses :

- ulcères gastro-duodénaux (début de l'intestin grêle) ;
- involution du thymus (organe glandulaire à la base du cou) et des ganglions lymphatiques ;
- hypertrophie des surrénales (petites glandes au-dessus des reins).

Voulant s'assurer que ces manifestations venaient bien des injections réalisées, il a la surprise de constater que d'autres agents extra-endocriniens tissulaires produisent le même type de réaction. Au final, il constate que, quel que soit le stimulus (injections, changements

brusques et importants de température, etc.), le corps donne toujours la même *réponse de stress*⁶.

Il nomme, dès 1936, *syndrome général d'adaptation*⁷ (SGA) cette réponse constante, stéréotypée, quel que soit l'agent.

Les hormones du stress

En tentant de comprendre l'un des symptômes de cette réponse, l'atrophie du thymus, il constate que les glandes surrénales en sont la cause. Le grossissement de ces glandes traduit d'ailleurs leur suractivité dans les expériences. La médulla (le milieu) de ces glandes sécrète une hormone au nom bien connu aujourd'hui : l'**adrénaline**⁸.

Mais comment la glande surrénale peut-elle faire un lien avec le stress, notamment s'il est extérieur au corps ?



INFOFLASH

D'autres séries d'expériences font découvrir à H. Selye une explication. Une petite glande à la base du cerveau, la glande pituitaire, provoque l'activation des surrénales. Cette glande sécrète elle aussi une hormone : l'ACTH⁹. Son ablation arrête d'ailleurs l'effet des stressors sur le thymus.

Plus tard, d'autres chercheurs découvrent que l'ACTH est déclenchée par une autre hormone : le CRF¹⁰. Celle-ci est produite par l'hypothalamus (glande au centre du cerveau).

L'hypothalamus joue un rôle essentiel dans la régulation de nombreux comportements (de défense, alimentaires, sexuels...). La **figure 3.4** récapitule schématiquement cette chaîne de causalité, de l'esprit vers le corps.

D'autres recherches furent réalisées et d'autres hormones impliquées découvertes.



INFOFLASH

Au cours des années 1930 à 1940, le docteur Kendall isole ainsi quatre hormones du cortex (pourtour) de la glande surrénale, dont l'une qu'il

6. Il n'utilisait toutefois pas encore le terme de stress à ce stade.

7. Un syndrome est un groupe de signes et de symptômes. Nous décrivons plus loin ce SGA.

8. Avant d'en connaître tous les effets, l'adrénaline fut nommée ainsi en 1901.

9. ACTH est l'abréviation d'adrénocorticotrophine.

10. CRF pour *corticotropin releasing factor*.

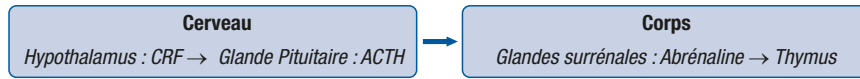


Figure 3.4.

appellera cortisol¹¹. À partir de la Seconde Guerre mondiale¹², des actions anti-inflammatoires et immunosuppressives salvatrices de cette hormone sont découvertes.

Mais le tableau s'assombrit ; son utilisation à fortes doses et sur de longues durées provoque des effets secondaires importants : les patients souffrent de troubles cognitifs marqués, notamment de troubles mnésiques et d'attention, voire de troubles mentaux dramatiques. On découvre ainsi que le traitement massif au cortisol pouvait aller jusqu'à provoquer une psychose. Une question demeure : comment une hormone secrétée au niveau des reins peut-elle provoquer des effets psychologiques ?

Ce n'est que quinze ans après la découverte de la psychose stéroïdienne que le docteur McEwen, un autre américain, pu comprendre ce phénomène. Il découvrit en effet, en 1968, que le cerveau était doté de récepteurs sensibles spécifiquement au cortisol. Le cortisol, ou sa forme synthétique la cortisone, remontait au cerveau par la voie sanguine et passait la barrière hémato-encéphalique. Il trouva plus tard, avec son équipe, que les récepteurs en question étaient très nombreux au niveau de l'hippocampe (glande du cerveau qui rappelle la forme du « cheval de mer »).

L'hippocampe est le véritable chef d'orchestre de nos émotions. Il est central dans les processus de mémorisation¹³. Des stress chroniques provoquent d'ailleurs des troubles cognitifs et notamment de la mémoire. Nous savons depuis, que ces récepteurs au cortisol sont également présents dans le lobe frontal et l'amygdale, deux zones du cerveau impliquées dans la régulation des émotions. Ces nouveaux liens ouvrent la porte à de nombreuses recherches sur le stress...

.....

11. La version synthétique du cortisol fut nommée cortisone par son créateur, le docteur Hench, en 1949.

12. Un effort de guerre facilita d'ailleurs ces recherches.

13. Démontrés dès 1936 par les travaux des docteurs Penfield et Milner, à Montréal.

Le rôle des hormones de stress

Ainsi, face à une situation susceptible de déborder les systèmes homéostasiques courants, des hormones particulières sont sécrétées. Ces hormones de stress sont réparties en deux groupes que nous allons présenter.

LES CATÉCHOLAMINES

Le premier groupe est déclenché par le système sympathico-médullo-surrénalien. Il est à l'origine de la libération dans l'organisme des catécholamines (adrénaline et noradrénaline). Les catécholamines sont sécrétées lors de situations à exigences élevées. Caractéristique des situations d'émotions intenses nécessitant des ajustements immédiats, la sécrétion des catécholamines est très rapide (dans la seconde ou les quelques secondes qui suivent). Elles fournissent l'énergie et les ressources nécessaires pour... fuir ou combattre. La rapidité d'action de ce système est due au fait qu'il s'initie par la voie neuronale et nerveuse (système sympathique).



GROS PLAN

Ce groupe provoque :

- l'augmentation de la force et de la fréquence des contractions cardiaques ;
- la contraction de la rate, pour une libération accrue des globules rouges ;
- l'approfondissement de la respiration et la dilatation des bronches ;
- la dilatation des pupilles (augmentation de l'acuité, en particulier la nuit) ;
- l'inhibition des mouvements intestinaux (blocage de la digestion) ;
- des effets métaboliques : le glycogène en réserve dans le foie et dans les muscles est libéré et retransformé en glucose (glucogénolyse) ;
- des ajustements vasomoteurs (variation du diamètre des vaisseaux sanguins) pour redistribuer le sang de la peau et des viscères vers les muscles et le cerveau.

LES GLUCOCORTICOÏDES

Le second groupe d'hormones est dû au **système hypophyso-corticosurrénalien**. Il provoque la sécrétion des glucocorticoïdes (cortisol et corticostérone). Ces hormones sont libérées plus tardivement, environ vingt minutes

ZOOM. Le rôle des glucocorticoïdes

Ces hormones permettent :

- l'incorporation des acides aminés dans le foie et donc, que ces acides soient transformés en glycogène ;
- la libération, à partir du tissu adipeux, des acides gras qui seront intégrés au glycogène et ce, avec l'action de l'hormone de croissance ;
- la transformation en glycogène puis en glucose de substances non glucidiques (stock de sucre utilisable pour l'organisme afin de lutter contre les agressions), c'est la néoglucogenèse ;
- une action catabolique (processus de destruction) à cause de la glycogénogenèse, ainsi un stress prolongé peut provoquer une fonte des tissus musculaires et adipeux ;

- une action sur la pression sanguine, favorisant l'hypertension ;
- un accroissement des ulcères gastriques ;
- une régression de tous les organes fabriquant les substances immunitaires ;
- un effet anti-inflammatoire.

En conséquence, on observe une augmentation du glucose, une élévation du pouls et de la tension, un comportement d'éveil, de prudence et d'immobilisation vigilante.

À fortes doses, ces effets sont anxiogènes, provoquent des réponses excessives aux stimuli sensoriels, figement et disparition de l'exploration du milieu, réponses de peur, etc.

après une agression par exemple, et passent par la voie sanguine. Elles concernent davantage des situations où le niveau de contrôle ou d'initiative du sujet est faible.

5. Les trois phases du syndrome général d'adaptation

En 1956, H. Selye précise trois stades dans l'évolution du SGA (**figure 3.5**). Si ce modèle ne prend pas en compte tous les phénomènes, il reste, au final, éclairant pour comprendre l'évolution d'un certain nombre de réactions de stress.

Exposé à un **stress aigu**, l'organisme accuse brièvement le coup avant de déclencher la **réaction d'alarme** : il s'agit de fournir au plus vite les moyens physiques de fuir ou combattre.

Si la situation stressante reste présente, s'il n'y a pas de récupération, l'organisme doit maintenir un niveau élevé d'activation et le conserver dans le temps ; c'est la **phase de résistance**. Cette deuxième phase est activée après quelques minutes¹⁴.

.....

14. Sur la figure 3.4, la durée de cette phase n'est pas à l'échelle, elle devrait être plus prolongée.

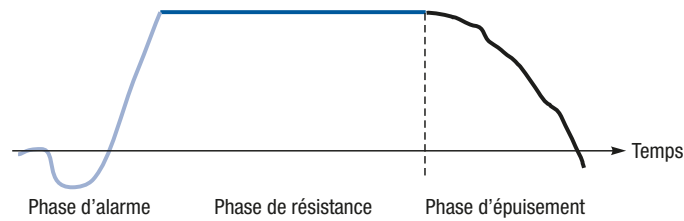


Figure 3.5. Présentation schématique des trois phases du SGA.

Cette dernière étape, si elle perdure, consomme les réserves d'énergie ; c'est alors la dernière étape et la **phase d'épuisement**.

Nous retrouvons dans ce schéma l'action des deux groupes hormonaux décrits plus haut :

- C'est lors de la **phase d'alarme** (préparation à l'action) qu'agit le système sympathico-médullo-surrénalien avec la sécrétion de l'adrénaline. Le docteur Cannon avait déjà démontré l'importance de cette hormone dans une *réaction d'urgence* de son modèle de « fuite ou combat ».
- Lors de la **phase de résistance**, le système hypophyso-corticosurrénalien et les glucocorticoïdes (dont le cortisol) sont en jeu. Cette étape correspond aussi aux **stress chroniques** pour lesquels il faut « tenir le coup ».

Du corps à l'esprit, un autre pas nécessaire

L'approche physiologique du stress est toutefois une approche quantitative : un agent déclenchant ou « stresseur » (une cause) provoque une réaction biologique (un effet). Ces travaux sont le fruit des recherches des physiologistes.

Cette approche s'inscrit dans le modèle biomédical explicatif de l'apparition de la maladie vue comme une conséquence d'agents pathogènes externes (virus...) et internes (déséquilibres biochimiques). Ce modèle reste prédominant dans la médecine actuelle (d'après Bruchon-Schweitzer, 1994).

On sait que les individus soumis à des stress prolongés présentent un taux de concentration important de cortisol, une atrophie irréversible de l'hippocampe avec des troubles émotionnels et cognitifs. Autrement dit, un lien est souligné entre le corps et le cerveau.

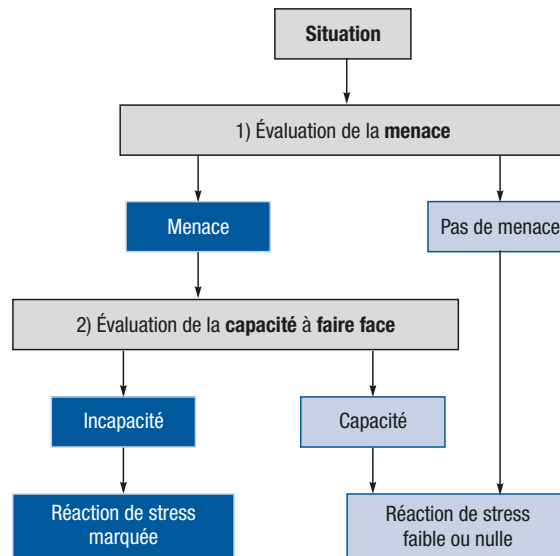


Figure 3.6. Modèle transactionnel du stress, selon Lazarus et Folkman (1984).

Mais qu'est-ce qui initie ces phénomènes ?

Cette question et le manque d'applications concrètes auprès des soldats traumatisés après la Seconde Guerre mondiale initie, aux États-Unis, des recherches sur la psychologie du stress. Les travaux commencèrent par la mesure des stresseurs les plus importants. Ils continuèrent avec l'utilisation de batteries de tests de personnalité et leur lien hypothétique avec certaines maladies. Ce fut ensuite la recherche des effets cumulatifs des sources de stress plus modestes, etc.

À chaque fois, les résultats étaient intéressants mais insuffisants : ils ne permettaient pas de répondre complètement à la question posée. Restait en fait une question clé : *qu'est-ce qui explique les différences individuelles ?* Comment se fait-il que des personnes proches physiologiquement puissent réagir de manière totalement différente au stress ?

Il faut attendre les travaux du docteur Lazarus (1960) pour souligner ces questions essentielles et rechercher ailleurs que dans les stresseurs ou les réactions physiologiques. Pour lui, nous l'avons dit, le stress est une *transaction entre une personne et son environnement* (figure 3.6). Autrement dit, l'individu fera, de manière automatique, une évaluation et une interprétation, de l'événement et de ses ressources ou capacité de contrôle.

Les évaluations dépendent :

- des ressources et caractéristiques de la **personne** (biologiques, psychologiques et sociales) ;
- des ressources et caractéristiques de la **situation** (environnement social et culturel, normes, caractéristiques physiques de la situation, degré d'urgence...).

La première variable ou évaluation renvoie à la notion de stress perçu¹⁵. Il s'agit pour la personne d'une étape d'identification, d'interprétation de la situation potentiellement menaçante.

La seconde variable concerne la capacité de **contrôle perçu** de la situation. Elle concerne le sentiment ou non à faire face à la situation, pour remédier à la perte, prévenir la menace ou gagner les bénéfices potentiels.

Si ce schéma date quelque peu, il reste très intéressant et pertinent pour la compréhension du stress.

6. Les ingrédients du stress

Selon Sonia Lupien, « le stress c'est du CINé¹⁶ ». Son acronyme facile à retenir, résume de manière simple les travaux sur la psychologie du contrôle¹⁷.



IMPORTANT

Nous stressons lorsque l'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes sont présentes :

- ✓ **Contrôle** perçu faible.
- ✓ **Imprévisibilité** de la situation.
- ✓ **Nouveauté** de l'événement ou de la situation.
- ✓ **Ego**, ou estime de nous-mêmes, nous semblant menacé.

Il est ainsi intéressant de repérer, en cas de stress, « notre propre recette du stress » :

- ✓ Est-il provoqué par le sentiment que nous subissons sans contrôle les événements (même s'il ne s'agit « que » d'une impression), ou que nous ne sommes pas assez compétents ?

.....

15. *Perceived Stress*, Cohen, Kamarch et Mermelstein, 1983.

16. Sonia Lupin est directrice du centre d'études sur le stress humain (CESH), professeure titulaire du département de psychiatrie de l'université de Montréal. Elle était présente lors du congrès de la Fédération des écoles professionnelles en sophrologie en 2015, à Clermont-Ferrand.

17. Le contrôle perçu correspond à la deuxième évaluation du modèle précédent.

- ✓ Sommes-nous surpris(e), voire dérouté(e), face à quelque chose d'inattendu ?
- ✓ Nous trouvons-nous dans une forme d'appréhension d'une situation inconnue ?
- ✓ Craignons-nous d'être remis en question ou percevons-nous des critiques à notre égard ?

Nos expériences joueront un rôle primordial dans la perception de notre « Ciné ».

Note : Sans développer davantage, précisons qu'il est toujours possible d'augmenter notre sentiment de contrôle des situations. Nous l'avons évoqué au début de nos propos, cela peut passer par l'acquisition de nouvelles compétences. Notre perception, rappelons-le, joue un rôle essentiel dans le stress. Changer notre regard au sujet des situations et personnes, mais aussi de nous-mêmes, est déterminant pour mieux vivre notre quotidien. Agir sur la réaction physiologique et augmenter notre résistance face au stress sont d'autres pistes.

Toutes ces voies peuvent être développées, selon nous, par l'accompagnement sophrologique sous réserve d'un entraînement régulier... Mais le but n'est pas de ne plus avoir de stress ou d'émotions, mais d'en changer notre perception pour plus d'harmonie au quotidien.

7. Bibliographie

- BENSON H. (1975). *The Relaxation Response*, HarperTorch.
- BRUCHON-SCHWEITZER et DANTZER (1993). *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris, PUF.
- CANNON W. (1932). *Wisdom of the Body*, New York, W.W. Norton Company.
- GAILLARD J.-P. (1997). *Psychologie de l'homme au travail*, Paris, Dunod.
- GAUTIER P. (2011). *Découvrir la sophrologie*, Paris, InterÉditions, 2008.
- LAZARUS R. S., FOLKMAN S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer Publishing Company.
- LUPIEN S. (2010). *Par amour du stress*, Diffusion de la connaissance Éditions.
- POWEL T. (1998). *Libérez-vous du stress*, Solar Espace.
- SELYE H. (1936). « A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents », *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*.

YERKES R. M. et DODSON J. D. (1908). « The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation », *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18.

La fonction tonique et la relaxation

BERNARD ETCHÉLECOU

> Pourquoi ce chapitre ?

La *fonction tonique*, sensible aux besoins propres comme aux échanges avec autrui, est le point charnière où convergent le physiologique et le psychologique. Les méthodes de relaxation, agissant à son niveau, atteignent donc simultanément ces deux domaines, trop généralement séparés. C'est ce qui fait leur richesse, mais aussi leur difficulté.

Ces propositions conduisent à préciser les rapports existant entre tonus, vigilance, émotions et relation à autrui, ainsi qu'à puiser dans cette étude ce qui fonde la pratique sophrologique.

Sommaire

1. Tonus et vigilance.....	130
2. Tonus, émotions, réflexes conditionnés.....	131
3. L'évolution de l'enfant et le « dialogue tonique ».....	134
4. Bibliographie.....	136

Toutes les techniques de relaxation, quel que soit leur objectif, agissent en premier lieu sur le tonus musculaire et visent à sa régulation. Le tonus musculaire est cette contraction de base, habituelle, des muscles striés, lorsque le corps est au repos. On a l'habitude d'opposer à ce *tonus de base* le *tonus d'activité* qui sous-tend les attitudes, l'orientation et l'expression.

Notre façon d'« être-au-monde » repose en permanence sur un fond tonique qui concourt à constituer notre profil, notre type personnel, et qui traduit aussi au

niveau physiologique les fluctuations des situations, des relations, dans lesquelles on se trouve engagé.

La sophronisation, sous sa forme statique ou dynamique, engendre la résolution tonique, ce qui a pour effet l'intériorisation d'une détente durable qui augmente à la fois le bien-être individuel et la disponibilité relationnelle.

L'acquisition d'un *tonus optimum* limite aussi la dépense énergétique dans les actes les plus courants, en utilisant le minimum de contraction nécessaire. Réguler le tonus n'est pas seulement apprendre à se détendre, c'est surtout parvenir à être plus à l'aise dans son corps et dans ses relations à autrui.

1. Tonus et vigilance

La relaxation s'obtient grâce au relâchement musculaire qui s'accompagne de l'abaissement du niveau de vigilance. On mesure l'impact d'une sophronisation à tous les niveaux de l'organisme quand on sait que la formation réticulée (FR), structure nerveuse qui régule, contrôle, la vigilance et les alternances veille-sommeil – qui donc est directement impliquée dans la relaxation – est au carrefour d'informations multiples. Y parviennent des afférences sensibles, sensorielles, côtoyant des systèmes effecteurs en relation tant avec les centres supérieurs qu'avec les centres médullaires.

Fiche La formation réticulée

La formation réticulée, située dans le tronc cérébral, est une colonne de tissus nerveux constituée de très nombreux neurones enchevêtrés. Ces neurones ont souvent des axones très courts, avec de multiples ramifications, donnant à l'influx nerveux la possibilité de circuler en boucles fermées innombrables.

- La FR reçoit des messages nerveux d'origines très diverses qui se mêlent de manière non spécifique :
 - messages des organes des sens qui contribuent à une augmentation d'influx nerveux purement quantitative ; il s'agit à ce niveau d'une activité électrique non différenciée alors que l'essentiel des informations est analysé dans le cortex ;
 - messages des propriocepteurs donnant des informations sur la position, les déplacements corporels ;
 - messages des intérocepteurs, qui fournissent des indications quant au fonctionnement des organes.
- Ces différents influx se cumulent et arrivent à accroître l'activité électrique globale de la FR (élévation du *tonus réticulaire*).
- Les signaux sortant de la FR sont aussi innombrables :

- vers le cortex cérébral où ils concourent au niveau général de l'activité électrique corticale (*tonus cortical*), sans donner d'informations spécifiques ;
- vers les motoneurones de la moelle épinière qu'ils excitent jusqu'à ce que, éventuellement, ceux-ci émettent eux-mêmes des signaux déclencheurs de mouvements.

L'augmentation ou l'abaissement du tonus réticulaire s'accompagnent de changements dans les conduites, allant du sommeil le plus profond jusqu'à une hyperexcitation et à des états d'émotions violentes. Il existe cependant des régulations de l'activation, au moyen de circuits à double sens entre la FR et le cortex cérébral, la FR et le système neurovégétatif, la FR et les voies sensorielles.

L'activation réticulaire a aussi une incidence sur les activités végétatives par excitation du système sympathique, ce qui provoque les phénomènes observés dans les situations de stress :

- accélération du rythme cardiaque ;
- dilatation des vaisseaux sanguins (« rougeur ») ;
- inhibition des glandes salivaires (« bouche sèche »), etc.

En même temps, le système parasympathique est inhibé, système dont les effets sont diamétralement opposés au précédent.

On voit en définitive que la formation réticulée est en interrelation constante avec le *cortex*, le *système nerveux végétatif*, les *récepteurs sensoriels*, les *muscles* ; c'est dire qu'elle exerce une action sur le niveau de vigilance, le tonus musculaire, le fonctionnement des organes qui dépendent du système nerveux végétatif. Elle a donc un rôle prépondérant à jouer dans la régulation tonique, le degré de vigilance, les conduites émotionnelles.

Toute technique (verbale ou non) facilitant l'abaissement du niveau de vigilance va induire un relâchement musculaire et une régulation émotionnelle. L'apprentissage de la détente, la *résolution tonique*, permettra de se protéger face aux situations stressantes et leur cortège de réactions végétatives.

2. Tonus, émotions, réflexes conditionnés

Selon Wallon, « l'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique » (Wallon, 1970, p. 78).

Chacun sait, par expérience, que les pleurs et le rire détendent et soulagent. Ils favorisent, en effet, tous deux la liquidation de l'hypertonus qui siège, pour les pleurs, surtout dans les viscères, et, pour le rire, dans les muscles du squelette :

« Avec les sanglots, il y a comme une libération chaotique de forces emprisonnées, puis un assouplissement progressif des fonctions et des membres. À mesure que l'hypertonie des viscères se résout en secousses spasmodiques, les vaisseaux se distendent et de nouveau le sang afflue à la périphérie, la respiration s'approfondit, les larmes coulent, bientôt silencieuses et

calmes, les glandes sécrètent, la bouche s'humecte, la gorge se desserre, la déglutition revient et les membres retrouvent une sorte d'abandon et de langueur. » (Wallon, 1970, p. 77)

On connaît de même la fonction du rire « nerveux » qui assure l'écoulement du « trop-plein » de crispation et d'émotion, avant que l'on obtienne à nouveau la détente corporelle et mentale. L'hypertonus et les tensions qu'il engendre se dissipent avec l'émotion.

Wallon souligne l'antagonisme qui existe entre l'émotion et les automatismes d'une part, entre l'émotion et la représentation (ou connaissance) d'autre part :

« Quiconque observe, réfléchit ou même imagine, abolit en lui le trouble émotionnel. Ce n'est pas seulement d'avoir ramené la situation à ses justes proportions qui nous affranchit de l'émotion, mais c'est bien plus encore d'avoir fait l'effort de nous la représenter. » (1970, p. 91)

Lorsque, dans nos sophronisations, nous incitons à la concentration sur une image mentale, nous faisons jouer le mécanisme de cet antagonisme : on ne peut être en même temps concentré sur une représentation mentale qui nous absorbe entièrement, et être ému et contracté. « La diversion intellectuelle, précise justement Wallon, peut d'ailleurs n'avoir aucun rapport avec le motif de l'émotion ; il suffit qu'elle lui substitue des représentations, quelles que soient ces représentations » (1970, p. 91).

C'est aussi ce que saisit le sens commun quand il suggère de « penser à autre chose » pour enrayer l'escalade émotionnelle. On allie cette caractéristique à la force de la suggestion quand, en sophronisation, on fait intégrer un *signe-signal* du type : « Vous penserez à telle image lorsque vous serez en situation difficile, et vous retrouverez le calme que vous connaissez actuellement. » À l'association conditionnée image-signal-détente corporelle s'ajoute cette faculté pour la représentation de réduire l'émotion.

Note : On peut certes objecter qu'en pratique, la difficulté majeure de nos patients réside souvent dans l'impossibilité de se concentrer ! Cela est effectivement vrai mais s'observe surtout dans les premières séances ou chez les sujets trop perturbés pour laisser leur esprit imprégné d'une image paisible.

L'expérience montre qu'avec l'apprentissage ou la progression thérapeutique cet antagonisme entre émotion et représentation est de mieux en mieux utilisé.

Une autre qualité de l'émotion est son caractère syncrétique, c'est-à-dire une absence de différenciation entre le tout et ses parties :

« Il en résulte qu'elle agglutine, de manière en quelque sorte indissoluble, tout ce qui a pu participer d'elle, et qu'ainsi la circonstance la plus fortuite qui s'est trouvée introduite par les événements dans une émotion devient apte à la représenter ou plutôt à provoquer le retour de ses effets. » (Wallon, 1970, p. 96)

On perçoit tout l'intérêt de cette remarque pour le sophrologue qui, en sophromnésie, tend à faire retrouver, à partir d'une image, d'un mot ou d'un objet – parfois apparemment fort dérisoires – des situations émotionnelles plus ou moins traumatisantes qui y sont associées.

Puisque le vécu émotionnel est syncrétique, toutes les données de la situation ont la même valeur, la même charge affective. La sophromnésie, par l'analyse qu'elle opère dans la détente, apporte une différenciation en retrouvant l'objet « véritable » de l'émotion, libérant du même coup de l'affect l'image (l'objet, ou le mot) anxiogène qui était plus ou moins fortuitement associée à la situation. Ce point de vue rejoint bien évidemment celui des « théories du conditionnement », ainsi que certains aspects des thérapies comportementales :

« Il suffit d'une simple rencontre entre un incident quelconque et une émotion pour qu'elle lui soit définitivement liée et pour qu'il la fasse renaître en se reproduisant lui-même, malgré la diversité des situations. » (Wallon, 1970, p. 97)

S'établissent ainsi de véritables « réflexes conditionnés ». Parfois la *simple concomitance* entre deux éléments, dont l'un a entraîné une réaction physiologique, émotionnelle, fait que, par la suite, le second de ces éléments peut à lui seul provoquer la même réaction physiologique, sans explication apparente.

Notons dès maintenant que ces réflexes sont surtout obtenus dans le domaine des fonctions organiques et des réactions viscérales. On ne sera donc pas surpris de l'efficacité des techniques corporelles de détente dans le registre des maladies psychosomatiques, liées au stress, non plus de l'effet du *signe-signal* reconditionnant :

« Tous les effets qui entrent dans l'émotion, poursuit Wallon, sont (ainsi) à point de départ périphérique ou viscéral. Mais, par le jeu des réflexes conditionnels, ils peuvent se lier aux circonstances les plus variées, pourvu qu'elles se soient trouvées associées à l'excitation inconditionnelle un nombre de fois suffisant, *ce nombre étant d'autant moins élevé que l'intensité de l'émotion a été plus grande*. » (Wallon, 1970, p. 110, souligné par moi)

Ainsi peuvent se comprendre, dans une optique purement comportementaliste, certaines réactions phobiques. On ne saurait, quelles que soient nos préférences théoriques, minimiser ces « déplacements » de charge affective sur des *stimuli* autres, associés de quelque façon à la situation émotionnelle.

3. L'évolution de l'enfant et le « dialogue tonique »

L'enfant est, à la naissance, caractérisé par un état de dépendance totale pour la satisfaction des besoins les plus vitaux. Une communication avec son entourage humain, avant d'échanger avec les objets, doit donc nécessairement s'instaurer ; cette communication passe d'abord par l'émotion, et sera par la suite progressivement réduite par les activités psychiques élaborées (perceptives, intellectuelles), contrôlées par le cortex.

Tout en reposant sur la maturation nerveuse et physiologique, le psychisme du nourrisson s'élabore au contact d'autrui. Un champ émotionnel s'établit où les gestes, attitudes, mimiques de l'enfant reflètent ses besoins, suscitent les réactions de l'entourage et sont modifiés en retour par les réponses des adultes.

C'est la mère (ou son substitut) qui protège l'enfant de l'environnement lorsqu'il est perturbant (bruits, éclairages plus ou moins agressifs, etc.), qui apaise les tensions nées de ses besoins (alimentaires, de sommeil...) ; c'est encore elle qui, par ses caresses, par son contact chaleureux, par ses chants et ses paroles apaisantes, lui fournit les stimulations et le confort nécessaires à un développement harmonieux. Une communication primordiale s'instaure alors entre la mère et son enfant, à travers le tonus. La notion de *dialogue tonique* mise en avant par H. Wallon prend ici tout son sens.



GROS PLAN

Le dialogue tonique

L'hypertonie (tension de tout le corps, rougeur, pleurs, cris...) *a valeur d'appel*, auquel la mère va répondre en satisfaisant les besoins ainsi révélés (faim, froid, manque de confort postural, etc.).

De même *l'hypotonie* (détente, membres relâchés, doigts desserrés, respiration lente et profonde, sommeil) *est comprise par la mère comme un état de satisfaction*.

Bien vite, grâce à ces échanges, s'installe et se précise le double rapport tension-douleur, détente-plaisir :

« La diversité des émotions enfantines est liée au tonus et à ses variations de tension. Le libre écoulement du tonus en gestes et en actions provoque le plaisir, tandis que son accumulation en spasmes, en contractures, sont signes de souffrance et de colère. » (Tran-Thong, 1972, p. 156)

Un courant d'échanges à base d'intuitions, de compréhension souvent immédiate des besoins de l'enfant, s'instaure avec la mère. S'il est vrai que cette relation est typiquement infraverbale, il ne faut pas pour autant minimiser les chants de la mère (souvent improvisés en fonction des nécessités du moment), les paroles qui accompagnent la communication corporelle. La tonalité, les rythmes de ces chants seront, par exemple, différents selon que l'enfant joue avec la mère dans son bain, ou qu'il commence à s'endormir. Certains mots, parfois inventés par la maman et qui n'appartiennent qu'à la relation exclusive mère-enfant, sont régulièrement utilisés dans des circonstances précises (« dodo ») et accompagnent certains états de besoins ou de satisfactions, ainsi symbolisés.

Cette relation n'évoque-t-elle pas, par bien des aspects, celle qui unit le sophrologue et son patient lorsque ce dernier, manifestant son besoin d'apaisement, est conduit au bien-être et à la détente au moyen d'un *terpnos logos* doux, rythmé, tranquille ? La tonalité des suggestions compte au moins autant que leur contenu...

Les techniques non verbales de relaxation induisent aussi la détente ou le sommeil à l'aide de mélodies douces, originales, au rythme lent et régulier. Nous avons vu que dès les premiers moments, les agitations, spasmes, cris, expressions diverses des besoins de l'enfant, sont perçus comme autant de signes, d'appels à intervention.

Des liens se tissent entre ces besoins et les réponses habituellement apportées par l'entourage, dont les réactions deviennent progressivement prévisibles, « attendues » par l'enfant. Grâce aux contacts humains, s'établissent des conditionnements qui transforment les explosions organiques en moyens d'action sur autrui, en mode de relation expressivo-affective.

« Réglée par le tonus et plongée dans les sensibilités posturale et viscérale, l'émotion est une forme d'action sur autrui et par le moyen d'autrui. » (Tran-Thong, 1972, p. 157)

L'émotion demeurera une part importante du fonctionnement psychique de l'adulte. Ses centres occupent du reste un étage précis et assez autonome du cerveau.

Tout ce qui précède nous a conduits à considérer la fonction tonique dans ses liens nécessaires avec l'émotion, l'expression de soi, la relation à autrui. Nous avons vu comment, dès la première année, les alternances de tension-détente sont profondément ancrées dans notre organisme, comment les fluctuations toniques sont inscrites dans un système de communication, plus ou moins satisfaisant d'ailleurs. De la qualité de cette communication avec la mère ou son substitut, de la réussite de ce *dialogue tonique* avec autrui, dépendra, pour une large part, l'évolution ultérieure de la personne.

4. Bibliographie

TRAN-THONG (1972). *Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine*, Paris, Vrin, 4^e éd.

WALLON H. (1970). *Les Origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF, 4^e éd.

Chapitre 5

Schéma corporel et conscience de soi

BERNARD ETCHELECOU

Sommaire

1. Rappel historique.....	137
2. Conscience corporelle, image spéculaire, quelques incidences en sophrologie.....	140
3. Bibliographie.....	143

1. Rappel historique

À la fin du XIX^e siècle, Wernicke, Foerster, Deny et Camus attribuent certains syndromes psychiatriques – dont celui de « négation corporelle » – à des *perturbations de la cénesthésie*. Bonnier, en 1883, à la suite de ses travaux sur le vertige et la fonction vestibulaire, propose l'idée d'une *représentation topographique du corps*. La perte de cette représentation est appelée *aschématie*, tandis que la confusion entre les différentes zones du corps est désignée *para-schématie*.

En 1908, Pick introduit l'hypothèse d'une *image spatiale du corps* découlant à la fois des afférences sensorielles (surtout visuelles) et du « contenu de la conscience ». Nous connaissons notre corps, la localisation de ses différentes parties, les divers organes, son orientation spatiale, grâce à une sorte de carte mentale provenant de la liaison entre les sensations tactiles et visuelles. La désorganisation de cette image spatiale provoque des troubles de localisation des parties du corps (*autotopagnosie*) et l'altération des mouvements réfléchis.

Head fait une nette distinction entre l'*image* (visuelle, tactile ou articulaire) qui « traduit le contenu des informations dans l'expérience consciente » (Paillard) et le *schéma postural* qui fonctionne avant même la prise de conscience des modifications posturales, « responsable d'opérations de référence ».

Ce neurophysiologiste accorde moins d'importance à l'élément visuel que ne le fait Pick ; ce sont, pour lui, les données *posturales* qui prévalent dans la connaissance de notre corps :

« L'image, qu'elle soit visuelle ou motrice, n'est pas l'étalon fondamental auquel il faut mesurer tous les changements posturaux. Chaque changement reconnaissable entre dans la conscience déjà chargée de sa relation à quelque chose qui s'est passé avant, exactement comme, sur le compteur d'un taxi, la distance nous est représentée déjà transformée en francs et en centimes. De sorte que le produit final de tous les essais qui visent à apprécier la posture ou le mouvement passif, parvient à la conscience comme un changement postural déjà étalonné. » (Schilder, 1986, p. 36)

Et Head poursuit :

« Pour désigner ce standard auquel sont mesurés, avant d'entrer dans la conscience, tous les changements de posture, nous proposons le mot *schéma*. Comme nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-même en constante transformation. Chaque nouvelle posture ou mouvement vient s'enregistrer sur ce schéma plastique, et l'activité corticale met en relation avec lui chaque nouveau groupe de sensations évoquées par la posture nouvelle. Il s'ensuit une connaissance immédiate de la posture dès que cette relation est établie. » (Schilder, 1986)

Outre ces schémas relatifs à la position du corps, à l'adéquation des mouvements, la régulation du tonus, Head mentionne un *schéma superficiel* rendant possible la localisation des stimulations cutanées, ainsi que d'autres schémas permettant de mesurer les aspects temporels des divers *stimuli*.

Schilder (1968) utilise indifféremment les termes de « schéma corporel », « image du corps », « schéma postural » pour signifier « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». Cette « image tridimensionnelle que chacun a de soi-même » est plus qu'une sensation ou qu'une simple perception, ou même qu'une pure représentation. Si elle passe par les sens, si elle contient des images mentales et des représentations, elle va au-delà en nous donnant ce sentiment d'*unité* fondamentale que l'on éprouve.

Le schéma postural est « par essence une synesthésie » (1968, p. 61) : on ne peut isoler telle ou telle sensation qu'arbitrairement et après-coup : « Dans le schéma corporel, les données tactiles, kinesthésiques et les données optiques ne peuvent être séparées les unes des autres que par des méthodes artificielles ».

Toujours selon Schilder, « perception, sensation et réponse motrice forment une unité. La relation entre les différentes parties de ce tout peut varier, la sensation ou la réponse motrice peuvent être très effacées ; mais elles seront toujours présentes, au moins potentiellement » (1968, p. 121).

Ce qui fait l'originalité de Schilder est sa tentative de compléter ce modèle postural tridimensionnel, dont le fondement est physiologique, par une approche de l'image corporelle envisagée sous un angle psychanalytique.

Toutes les expériences, émotionnelles, affectives et sexuelles, participent à la structuration de l'image corporelle, autant que la perception ou la motricité :

« L'ensemble du schéma corporel se structurera à partir des zones érogènes, et nous devons admettre que l'image du corps se centre, au stade oral sur la bouche ; au stade anal sur l'anus. Le flux d'énergie libidinale influera fortement sur l'image du corps. Mais il n'y a pas de raison de penser que dans l'érotisme relatif à la surface du corps les activités musculaires n'ont aussi leur rôle à jouer.

Nous supposons que toute action du moi au sens analytique, tout acte de saisir, de ramper, de sucer, aura de même une énorme influence sur la structure de l'image du corps. Les sens exerceront une influence sur la motilité et la motilité sur les sens. En même temps, la motilité est aussi régie par les tendances, les pulsions et les désirs. Il est clair que dans l'élaboration du schéma corporel, il y aura une interaction continuelle entre les pulsions du moi et les pulsions libidinales, ou, en d'autres termes, entre le moi et le ça. » (Schilder, 1968, p. 143)

Schilder s'efforce de montrer que, dans l'image corporelle, c'est la libido qui donne aux matériaux fournis par le biologique, leur structure et leur signification. On ne peut qu'établir un rapprochement avec Reich lorsqu'il dit :

ZOOM. Comment se forme l'image du corps ?

Deux facteurs sont essentiels pour forger l'image du corps :

- la sensation de douleur « qui nous aide à déterminer ce que nous voulons rapprocher de notre personnalité et ce que nous voulons en éloigner » (Schilder, 1968, p. 124) ;
- le contrôle moteur des membres : « Le mouvement est un puissant facteur d'unification des différentes parties du corps ; par lui nous nous plaçons dans une relation précise avec le monde extérieur et les objets, et ce n'est que par le contact avec ce monde extérieur que nous parvenons à corréler nos différentes impressions concernant notre corps » (p. 132).

Une des caractéristiques principales de l'image corporelle est sa plasticité : « Certainement

l'image du corps dans sa forme achevée est une unité, mais cette unité n'est pas rigide : elle est modifiable » (p. 133).

On peut comprendre cela avec ce qu'il est convenu d'appeler « l'illusion japonaise » : on demande à quelqu'un de bouger tel ou tel doigt précis, alors que ses mains sont croisées et ses doigts enchevêtrés. Le plus souvent la personne n'y parviendra pas immédiatement car l'image optique est devenue trop compliquée pour servir de repère, comme elle le fait ordinairement. Quelques tâtonnements, guidés par les sensations tactiles et kinesthésiques qui permettent de reconstruire un modèle postural correct, seront nécessaires pour remuer le doigt indiqué.

« Les individus chez lesquels domine telle ou telle pulsion partielle sentiront comme au centre de leur image du corps tel point du corps, telle zone érogène qui correspond particulièrement à cette pulsion ; comme si l'énergie s'amassait en ces points particuliers. Il y aura des lignes d'énergie reliant les différents points érogènes, et la structure de l'image du corps variera selon les tendances psychosexuelles de l'individu. » (p. 144)

La dimension relationnelle intervient aussi dans la mesure où l'enfant est influencé par l'intérêt que ses proches portent à son corps – et à leurs corps. Il peut s'identifier plus ou moins globalement à l'image proposée, ou se projeter dans son entourage. Une autre affirmation de Schilder rejoint W. Reich : « Une sexualité pleinement développée nous est indispensable pour assumer totalement notre image du corps » (p. 191).

Schilder a lui-même noté l'étroite relation entre les attitudes psychiques, les états musculaires et la motricité : « Toute séquence motrice spécifique modifie la situation interne et va même jusqu'à provoquer une situation fantasmatique qui lui correspond » (p. 225).

Note : Nous verrons que les gestes de la relaxation dynamique dans son ensemble illustrent clairement ce point de vue. De même la liaison nécessaire observée par l'auteur, entre la perception, la sensation et la motricité, est largement mise à profit en RD (relaxation dynamique) où le geste suscite des sensations, cet ensemble étant lui-même rapporté à l'image de notre corps et contribue au sentiment de l'unité de soi.

On comprend enfin l'influence de l'*image mentale* sur l'organisme, de par sa position intermédiaire entre le conscient et le système végétatif : s'il ne nous est pas possible d'accélérer directement les battements de pouls, on peut le faire en s'imaginant en situation dangereuse par exemple. Cette propriété de suggestion indirecte, soulignée par Schilder, par utilisation des images mentales, est largement employée en sophrologie.

2. Conscience corporelle, image spéculaire, quelques incidences en sophrologie

La *conscience corporelle* est une part très importante de la conscience de soi. Elle n'est pas donnée *a priori*, mais découverte au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant. De très nombreux travaux se sont efforcés de retracer les différentes étapes conduisant à l'acquisition de cette notion du corps propre. Nous ne nous attacherons ici qu'à un point paraissant directement intéresser l'expérience sophrologique.

Fiche La conscience corporelle selon Wallon

Wallon a observé qu'entre 1 an et demi et 2 ans l'enfant devant un miroir présente des comportements de type *animiste* : il considère son image comme si elle avait une existence propre ; il l'embrasse, joue avec elle comme avec un compagnon, etc.

Cette phase qui attribue un statut d'extériorité à l'image est, selon Wallon, une étape nécessaire entre l'expérience immédiate sensible et la représentation mentale véritable. La représentation du corps propre ne peut se former qu'en s'extériorisant. Or « l'établissement du rapport entre la personne et son image implique que leur dédoublement dans l'espace a été surmonté » (Wallon, 1970, p. 101).

C'est, selon cet auteur, seulement *vers 2 ans* que l'enfant s'attribuera sa propre image comme étant le reflet de lui-même ; et encore ne s'agira-t-il que d'un *début de conscience du corps propre*, qui se complètera par la suite « en s'intégrant d'une façon de plus en plus étroite à la conscience que l'enfant acquiert progressivement de sa personnalité morale vis-à-vis d'autrui » (Tran-Thong, 1972, p. 182).

Si l'on veut préciser ce qui est déterminant dans ce processus d'intégration de la notion de corps propre, c'est la possibilité de *subordonner les données de l'expérience immédiate à la représentation* intellectuelle, soit encore l'aptitude à opérer des relations d'espace non sensorielles, l'image prenant alors un statut *symbolique*.

« Le fait d'exister, dit Wallon, peut bien exiger qu'un être existe quelque part, mais pour qu'il devienne inconcevable qu'il puisse en même temps exister ailleurs, il faut qu'aux espaces perçus dans les objets se soit superposée une sorte d'espace réducteur, qui leur interdise de coexister dans le même être tout en étant distincts entre eux » (Wallon, 1970, p. 230).

L'unification du moi dans l'espace ne peut se réaliser que si l'on admet que l'image n'a qu'une *apparence de réalité* (image sensible mais non réelle), tandis que *le corps reflété est lui bien réel*, qu'il occupe un espace déterminé, mais qu'on ne peut saisir directement : l'image extéroceptive est *virtuelle* ; il la faudrait extérieure à soi pour qu'elle soit visible.

Un point de cette étude de l'image spéculaire retiendra tout spécialement notre attention : l'image du corps prend donc, à un moment de la formation de la conscience corporelle, un caractère de *réalité*. La *croyance en l'ubiquité* (que l'on retrouve aussi dans certaines peuplades – cf. Levy-Brulh) est particulièrement manifeste au moment de l'évolution de l'enfant où *l'image du corps a une réalité indépendante*.

Or, dit Wallon, « il est dans la nature des images d'appartenir à l'espace. L'espace existe en elles comme une qualité, qui est nécessairement unie à leurs autres qualités plus ou moins contingentes. Il ne peut être entre elles comme un ordre de juxtaposition, de coïncidence ou d'exclusion réciproque que par une transposition mentale qui suppose un niveau déjà évolué d'activité intellectuelle » (p. 229).

Avant d'en arriver directement à mon propos, écoutons encore Wallon. Cette attribution à l'image d'une réalité spatiale peut « à l'occasion s'observer encore chez l'adulte : dans le rêve par exemple, où il n'est pas exceptionnel que l'image visuelle du rêveur se détache de lui, pour lui donner le spectacle des péripéties dont il se croit la victime ; et aussi dans certains états hypnagogiques où le sujet se voit précédé ou accompagné de son double visuel ; au cours de la transe poétique, paraît-il, chez certains poètes ; chez des moribonds, chez des noyés selon certains témoignages, et *d'une façon générale, chaque fois que des images accaparent totalement la conscience ou chaque fois que la dissolution de ces fonctions réductrices et abstraites rend leur essor aux images* » (p. 228-229. C'est moi qui souligne).

On peut donc comprendre, selon ce point de vue, certaines expériences qualifiées par d'autres de « paranormales » : phénomènes *out-of-the-body* (que l'on rattache d'ailleurs habituellement à des moments d'« endormissement » ou de relaxation profonde) ou autres « états seconds », après un choc accidentel par exemple.

L'état d'endormissement obtenu en relaxation dynamique (2^e degré) favoriserait une régression mentale telle que la dissolution des fonctions intellectuelles conduirait à *croire en l'existence réelle de l'image corporelle projetée*. Ce phénomène serait ainsi avant tout un *indicateur du niveau de régression*, comme chez cette dame, invitée par moi en RD2 A à vivre son image corporelle, son double, puis à effectuer un voyage « cosmique » vers le soleil, avant de réintégrer ses limites corporelles : elle s'est vue comme « un petit tas », alors qu'elle était, selon elle, dans un coin supérieur de la salle où nous nous trouvions, et s'est aperçue que ce petit tas était son corps qu'elle a par la suite réintégré en souriant.

Cette analyse de l'expérience du « double corporel », en termes de psychologie traditionnelle, apparaît suffisante pour rendre compte de la plupart des vécus d'auto-contemplation qui nous sont rapportés en RD. La plupart... mais peut-être pas tous. Car, comment ne pas songer ici à ces cas dits de NDE (*near death experience*) où des individus, sortis d'un état de mort clinique, racontent *dans le moindre détail* tout ce qui s'est passé autour de leurs « cadavres », tandis qu'ils s'estimaient eux-mêmes « hors de leurs corps¹ » ? Ceci n'engagerait donc plus seulement « l'image de soi », vécue avec une impression plus ou moins forte d'authenticité, mais une sorte de « perception », en état comateux profond (!), de son propre corps et d'activités bien *réelles*, précises et contrôlables, de personnes diverses (indépendantes du « rêveur » et de son « rêve ») pouvant après coup en confirmer la véracité.

De telles observations commandent un maximum de prudence, à qui se réclame d'une attitude objectiviste : prudence face à la tendance à dénier toute réalité aux phénomènes qui n'entrent pas dans nos « moules » conceptuels, autant qu'à la tentation d'adhérer sans la moindre réserve à tout ce qui peut entretenir l'idée d'une perpétuation de soi au-delà de ses limites corporelles (spatiales) et temporelles.

Car il est assurément aussi difficile de conserver notre ouverture d'esprit devant des faits qui ne répondent pas à nos systèmes de pensée (ou de croyance), que de se préserver des projections subjectives quand se profile, en arrière-fond du débat, le problème de la mort.

.....

1. Cf. les récits et travaux de K. Ring, R. Moody, M. Sabon, etc.

3. Bibliographie

SCHILDER P. (1986). *L'Image du corps*, Paris, Gallimard.

TRAN-THONG (1972). *Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine*, Paris, Vrin, 4^e éd.

WALLON H. (1970). *Les Origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF, 4^e éd.

Chapitre

6

Sensibilités, tonus, émotion, schéma corporel et relaxation

BERNARD ETCHELECOU

> Pourquoi ce chapitre ?

Tout ce qui précède montre qu'il existe une intrication obligatoire entre les différentes sortes de sensibilités, le tonus musculaire, les états émotionnels et le schéma corporel.

Le schéma corporel est en effet le fruit de la combinaison des innombrables informations sensorielles, intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives.

Il s'élabore avec la différenciation puis l'articulation de ces sensibilités, au fur et à mesure d'un développement, sous-tendu par la maturation du système nerveux et l'influence sociale, qui aboutit à la conscience de soi.

Sommaire

1. Applications pratiques : la sophronisation de base et la relaxation dynamique.....	146
2. Aperçu des autres techniques.....	149
3. Bibliographie.....	163

Le schéma corporel, lorsqu'il est constitué, devient ce référent, cette représentation, qui permet de situer notre corps dans l'espace et dans le temps, de repérer à tout moment et dans n'importe quelle situation les parties qui le composent, ainsi que

de les articuler les unes avec les autres et avec la totalité corporelle. Il fonde notre sentiment d'unité, d'individualité, espace personnel et espace extérieur étant clairement distingués, et constitue le socle même de notre identité.

Nous avons par ailleurs observé que le *tonus* reçoit lui aussi ses stimulations des différentes sensibilités. Celles-ci peuvent susciter des états hyper- ou hypotoniques générateurs de dysfonctionnements, d'une mauvaise adaptation, voire d'émotions plus ou moins violentes. Il devient clair que toute relaxation corporelle, axée par définition sur la régulation de la fonction tonique, va simultanément provoquer :

- une meilleure réceptivité aux diverses sensations (intéro – et proprioceptives notamment) ;
- un état général de quiétude, la régulation tonique équivalant à une régulation émotionnelle (Wallon) ;
- une consolidation, ou même une restructuration du schéma corporel.



GROS PLAN

L'action de la relaxation peut encore être définie à deux niveaux :

- **Celui de l'équipement** : structuration du schéma corporel qui se fait notamment par le renforcement de la *structuration temporelle* (intégration des notions de durée, d'ordre, de succession, de rythmes), et de la *structuration spatiale* (notions d'intérieur, d'extérieur, localisation des parties corporelles, axe du corps, latéralisation droite-gauche, symétrie, haut-bas, devant-derrrière, dessus-dessous, vertical-horizontal, etc.).
- **Celui du fonctionnement et du vécu corporel** : sensations diverses, tensions, détente, énergie, impressions multiples, vécu cardiaque, vécu respiratoire, vécu des divers organes, des mouvements, etc.

Mais la fonction tonique est aussi, ne l'oublions pas, une *fonction de communication* et l'on a vu l'importance du dialogue mère-enfant au cours du stade tonico-émotionnel décrit par Wallon.

L'apprentissage de la détente se fait également *sous le regard et avec l'aide d'autrui*, le thérapeute, à qui est formulée une demande de soulagement par l'intermédiaire du corps.

Son *terpnos logos* doux, rythmé, tranquille, conduisant le sujet « aux portes du sommeil » n'est pas sans évoquer, à bien des égards, les comportements d'une mère qui tente de calmer son bébé, avant qu'il ne s'endorme, totalement apaisé.

La relaxation replace l'individu dans une situation où le tonus constitue le mode d'expression, de relation, par excellence ; les difficultés de la détente, les tensions corporelles, sont autant d'appels, d'émotions, adressés au thérapeute chargé de les entendre et de les résoudre.

On connaît en outre, depuis Wallon, la prépondérance des processus de conditionnement au stade tonico-émotionnel où la distinction entre physiologique et psychologique est, plus encore qu'à toute autre période, difficile à soutenir. Il ne faut pas dès lors s'étonner de l'impact, en relaxation, des images et des inductions conditionnantes, dans le registre psychosomatique notamment.

1. Applications pratiques : la sophronisation de base et la relaxation dynamique

La sophronisation de base, en position debout ou allongée et la relaxation dynamique (surtout dans son 1^{er} degré) peuvent être rapportées à ce premier niveau d'approche privilégiant la restructuration du schéma corporel et le vécu qui accompagne la recherche de résolution tonique.

La respiration établit un lien permanent entre le monde intérieur et le monde extérieur, entre les espaces interne et externe, le dedans et le dehors.



IMPORTANT

En relaxation de groupe, il faut tenir compte de ce que l'on appelle la « distance affective », le « territoire personnel », ou autre « halo protecteur » (cf. la notion d'espace affectif chez Wallon). Une distance trop rapprochée entre les participants ou, à l'opposé, une pièce trop vaste, suscitent l'insécurité (sentiments d'intrusion d'autrui dans la « sphère personnelle », ou impression d'anonymat complet).

La relaxation dynamique 1^{er} degré et ses gestes développent considérablement cette intégration spatiale, tandis que la RD2 A ajoute aux sensations internes une *représentation de soi*, avec le « regard extérieur » : se voir de l'extérieur, d'un espace qui n'est pas le nôtre, faire le tour de soi et se voir devant, derrière, sur les côtés. Se regarder d'un autre lieu, celui de l'autre, aller même explorer l'espace, le cosmos, avec sa conscience, en découvrant l'environnement, puis – étape fondamentale – nous *resituer* dans notre corps, à la place qui est la nôtre, et l'occuper complètement, le plus confortablement possible.

Note : Les mouvements, fort simples, de la RD2 A visent aussi à prendre conscience de l'espace occupé par chacun des segments corporels.

La progression, en relaxation dynamique, passe d'abord par la perception de soi, puis par la saisie de son « être-au-monde-avec-autrui » qui s'ébauche avec la concentration sur un objet « naturel » extérieur à soi, se poursuit avec la « réflexion » de soi (double en miroir) impliquant le « regard de l'autre », et s'achève, si l'on peut dire, par une harmonisation entre soi et le cosmos, obtenue dans le 3^e degré. Mais

ZOOM. Sophronisation, relaxation et schéma corporel

L'intégration du schéma corporel

Elle s'y élabore d'abord par l'identification des différents segments corporels, puis leur articulation dans le corps perçu comme un tout. Il s'agit d'un véritable repérage topologique donnant assise au sentiment d'une identité propre (bien reflétée par la formule « Je suis mon corps »).

La structuration temporelle

Elle se développe à partir de nombreux éléments, non verbalisés habituellement, mais toujours sous-jacents. Cette dimension temporelle n'est pas seulement visible dans l'aspect quelque peu rituel de la progression d'une séance : atteinte du niveau sophroliminal-approfondissement-travail intrasophronique-désophronisation-dialogue postsophronique. Elle est aussi présente en relaxation dynamique dans cette *alternance* des gestes et de la récupération, de la tension et de la détente dans la *succession* des mouvements, dans le *découpage* des gestes *en trois temps synchronisés* avec les phases respiratoires (inspiration-rétention-expiration). Les mouvements, tels qu'ils sont exécutés en relaxation dynamique, impliquent d'ailleurs à la fois la notion de *succession* (différentes phases) et de *simultanéité* (respiration-mouvement).

La notion de *rythme* y est également présente : les rythmes internes, respiratoire et cardiaque, qui nous imprègnent – dès avant la naissance – nous situent dans une dimension temporelle

incluant *l'ordre et la durée* (sensiblement toujours la même entre les mouvements respiratoires ou les battements cardiaques). Le sujet qui se relaxe se met à l'écoute des rythmes de sa respiration et de ses battements cardiaques, lents et réguliers, pour finalement s'identifier à ces tempos générateurs de détente (« Tout mon corps respire », « Je suis respiration »).

La structuration spatiale

Elle est présente dès le début de la sophronisation, lorsque sont localisées les différentes parties du corps les unes par rapport aux autres. Le sujet, en position couchée – *horizontale* –, ou debout – *verticale* –, prend conscience de l'*axe* de son corps (représenté par la colonne vertébrale), avec pour corollaire la perception de sa *symétrie* (parties droite et gauche du corps). Il porte son attention sur le *devant* ou le *dos* de son corps, le *haut* ou le *bas* ; il effectue tel mouvement avec le bras droit ou le bras gauche, tel autre avec la jambe droite ou gauche... On sait que ces distinctions droite-gauche, avant-arrière, sont au cours du développement d'abord repérées sur le corps propre avant d'être projetées puis étendues aux éléments extérieurs à soi.

La relaxation tend à consolider cette organisation des repères spatiaux. Le simple fait de fermer les yeux induit un temps, si court soit-il, de déstructuration spatiale, le sujet devant alors nécessairement reconstituer un schéma corporel adéquat.

ce corps *perçu, représenté*, dont la relaxation consolide le schéma, est en même temps *éprouvé, vécu*, d'une certaine façon : sensations de bien-être ou de malaise, tensions musculaires diverses ou détente générale, sensations, images, impressions subjectives innombrables. Le *vécu tonique* sera ainsi diversement apprécié : tonus de base en sophronisation allongée, et aussi tonus d'activité, d'attitudes, d'orientation et d'expression en relaxation dynamique.

La RD2 B contribue aussi au développement des organes des sens : vue, ouïe, odorat, goût, toucher qui nous mettent en relation avec nous-mêmes, avec les autres et le monde extérieur.

La description du corps et de ses parties s'accompagne d'un sentiment *plus ou moins* prononcé de son unité. La sensation d'*équilibre* physique s'éprouve aussi sur un plan personnel plus global.

En RD, le moment où l'on se « récupère » après les mouvements, est particulièrement favorable à l'émergence des sensations propres qui donnent à notre « équipement », à notre « appareil corporel », à notre être, le sentiment d'exister, de fonctionner (plus ou moins harmonieusement d'ailleurs).

Le *vécu respiratoire*, celui de la *circulation sanguine*, ajoute aussi à notre anatomie sa dimension *de vie, d'énergie, de chaleur*.

Le rythme respiratoire *anime*, par son flux et son reflux perpétuel, ce corps qui devient ainsi plus qu'une simple unité spatiale ; les échanges respiratoires sont le trait d'union entre les espaces externe et interne. Le ventre, centre de soi, peut être vécu comme un centre de vie, d'énergie, de chaleur, d'équilibre... Bref, la relaxation, outre l'intégration du schéma corporel qu'elle favorise, aide au réinvestissement positif, au développement d'un espace interne sécurisant.

Être à l'aise dans son corps, « bien dans sa peau », c'est encore pouvoir engager des relations satisfaisantes avec autrui. Le thérapeute est là comme pour « authentifier », donner aux différents vécus toniques un « statut dans la parole » (Bergès). Ses inductions, le dialogue post-sophronique, aident à intégrer les vécus divers dans le champ de la parole. Nous reviendrons par la suite sur cet aspect très important de la relation thérapeutique.

Mon propos, qui est de faire apparaître les caractéristiques fondamentales des méthodes sophrologiques, reste ici avant tout centré sur la sophronisation et la relaxation dynamique. Il serait cependant tout à fait injuste de ne pas mentionner les principales autres techniques de relaxation – bien qu'en en brossant un rapide tableau – techniques dont le but immédiat est aussi l'intégration du schéma corporel et la résolution tonique.

2. — Aperçu des autres techniques

La méthode de Jacobson

Cette méthode prétend relever d'une approche exclusivement physiologique. La détente s'y définit par l'absence de toute contraction musculaire, vérifiable à l'électro-neuro-myographe par un potentiel d'action égal ou très voisin de 0. Le sujet, par une série de contractions puis de relâchements de tous les muscles du corps, va apprendre à reconnaître les sensations en rapport avec ces états de tensions et de détente afin de parvenir par la suite de lui-même à effacer les tensions qui le gênent.



GROS PLAN

Le principe de base est qu'en amenant le potentiel d'action des muscles périphériques sensiblement aux alentours de 0 (= tonus de repos), on met automatiquement au repos les territoires cérébraux correspondants. Autrement dit, la relaxation progressive des muscles engendre avec le « repos cortical » une sensation de détente qui se manifestera dans le domaine psychique (quiétude, bien-être).

La technique se poursuit par une relaxation *différentielle*, qui consiste à obtenir un *tonus optimum* dans les gestes de la vie quotidienne : utilisation du minimum de contraction musculaire nécessaire à la réalisation d'un geste, d'un mouvement, le reste du corps étant parfaitement relaxé.

Le relaxateur est considéré comme un *pédagogue* : il montre les gestes que le sujet va effectuer, sans employer de suggestion particulière, ni prendre en compte la relation thérapeute-patient.

Cette technique, en se centrant sur les processus physiologiques, tend à donner un moyen de contrôle et de réduction des tensions, le relâchement musculaire entraînant une détente psychique. L'individu apprend à obtenir un tonus optimum à tout instant.

L'eutonie de Gerda Alexander

L'étymologie du mot (*eu* = bon, juste ; *tonie* = tonus) indique bien que l'accent est mis sur la recherche d'un tonus « juste », bien adapté aux différentes activités et circonstances. L'organisme doit être capable de répondre de façon harmonieuse et appropriée à n'importe quelle situation.



GROS PLAN

Le sujet s'entraîne à percevoir toute la gamme des tensions musculaires, depuis les exercices les plus « durs » jusqu'aux attitudes qui réclament le minimum de tension. Puis, il va assimiler une image de son corps aussi complète que possible : développement de la sensibilité tactile notamment (découverte des limites corporelles, prise de conscience de la peau, etc.) ; les sens de la vue, de l'ouïe y sont aussi développés.

L'espace intérieur est ensuite exploré : régulation des tensions neuro-végétatives et motrices, prise de conscience des systèmes osseux, déblocage respiratoire...

Si le dialogue tonique est central dans la méthode de G. Alexander, le rythme, le mouvement y ont aussi une fonction essentielle. Des mouvements divers sont ainsi effectués, avec un maximum d'harmonie et de détente, en ayant conscience de l'espace intérieur et de l'espace externe.

La relation prônée est encore ici du type maître-élève, centrée sur le corps « réel », la recherche d'un meilleur contrôle et d'attitudes plus harmonieuses.

La désensibilisation systématique de Wolpe

Cette technique comportementale nous intéresse dans la mesure où elle associe une méthode de relaxation (le plus souvent celle de Jacobson) à des procédés d'imageries mentales. Avec cette méthode, nous faisons un pas supplémentaire (car elle prend explicitement en compte les problèmes psychologiques), tout en restant dans le même type d'approche (le symptôme est réduit par des procédés physiologiques). Elle repose sur les théories du conditionnement, relève du *réflexe conditionné*, et ne tient pas compte du contenu symbolique.

Rappelons son principe général (Wolpe, 1958) : « Si une réponse inhibitrice de l'anxiété peut survenir en présence de *stimuli* anxiogènes, cette réponse pourra affaiblir les liens existant entre ces *stimuli* et l'anxiété. »



GROS PLAN

On commence par établir une *hiérarchie de stimuli anxiogènes* en rapport avec une situation déterminée (par exemple, le sujet a peur de se trouver enfermé ; cette peur est-elle plus ou moins importante dans un magasin, dans un ascenseur, les transports en commun... ?). On choisit ensuite le mode de « réponse inhibitrice antagoniste », comme la

relaxation de Jacobson (« On ne peut être angoissé et détendu en même temps »).

Lorsque le sujet est relaxé, on lui demande de laisser venir une image mentale évoquant la situation difficile, en commençant par celle qui, dans la hiérarchie, est la moins anxiogène. Quand, à cette situation, est désormais liée une réponse de détente, remplaçant la réaction émotionnelle préalable, on passe au point suivant de la hiérarchie. Le sujet va ainsi progressivement se déconditionner totalement vis-à-vis de la situation anxiogène (en se conditionnant à nouveau, mais de façon positive).

Cette technique n'est pas sans évoquer la sophro-correction sérielle du sophrologue qui peut être aussi comprise comme un déconditionnement étape par étape. En fait, comme le souligne O. Fontaine (1970, p. 201), il semble que l'efficacité de cette méthode repose surtout sur deux types de phénomènes :

- L'alternance des phases de concentration sur les images anxiogènes et des phases de détente : alternance qui constituerait une sorte d'entraînement permettant au sujet d'acquérir une forme de contrôle sur la situation anxiogène.
- L'exposition volontaire à une situation de non-évitement (alors que bien souvent, comme c'est le cas chez le phobique, l'évitement est de règle).

La régulation active du tonus musculaire de Stokvis

Cette méthode, à base d'exercices de relâchement de chaque groupe musculaire (de manière plus ou moins analogue à celle de Jacobson), a aussi pour objectif la réalisation d'un *tonus optimal*. Ce tonus optimal acquis, l'organisme devrait être libéré des affects qui le perturbent dans son fonctionnement.

Ce qui démarque cette méthode des précédentes, c'est certainement l'introduction et la prise en compte explicites de la dimension psychologique et relationnelle comme faisant partie intégrante du processus thérapeutique. Stokvis s'intéresse en effet davantage à l'*impression psychique* de détente qu'à la décontraction musculaire elle-même. En outre, son approche n'est pas sans rappeler par certains aspects l'approche sophronique. C'est une régulation « active » qui réclame la *coopération* du patient (se sentir responsable de sa guérison). On explique clairement au début tout ce qui a trait à la méthode dont le principe général est que toute émotion a son pendant dans des tensions corporelles et que, par la décontraction musculaire, on arrive à obtenir une détente psychique.



GROS PLAN

On met en place un *programme d'entraînement* qui devra être scrupuleusement suivi. Par exemple, des horaires sont fixés pour faire les exercices ; si, aux heures prévues, le sujet oublie de s'entraîner, il devra attendre le lendemain pour les pratiquer. Le patient est donc « cadré » par certaines règles qu'il s'engage à respecter, qui ont été discutées au départ avec le thérapeute, ce qui évoque la notion de contrat (Caycedo).

Le thérapeute utilise ici la *suggestion* pour approfondir la détente, et hormis son rôle d'information sur les techniques, n'hésite pas à encourager le patient si nécessaire, voire à le réprimander s'il ne s'entraîne pas régulièrement chez lui comme prévu.

Ce parti pris relationnel rappelle certainement l'*alliance* préconisée par Caycedo dans les rapports patient-thérapeute, même si le sophrologue paraît plus souple, moins directif... ou moins obsessionnel !

À noter enfin que Stokvis qualifie sa méthode de *couvrante*. La signification des oublis dans l'entraînement quotidien, n'est par exemple pas analysée dans son aspect transférentiel, ni replacée dans les difficultés de progression du sujet. Cette approche se caractérise cependant par son abord de la sphère psychologique, en utilisant la suggestibilité du patient accrue par l'état de détente, ainsi qu'une certaine relation (certes encore fort délimitée) avec le thérapeute.

La méthode Vittoz

Cette méthode a pour objectif de retrouver un « équilibre cérébral » normal, qui est un état « où chaque idée, impression ou sensation peut être contrôlée par la raison, le jugement, la volonté, c'est-à-dire qu'elle peut être jugée, modifiée ou écartée » (Vittoz, 1993). Ce « contrôle cérébral » qui équivaut donc à la maîtrise consciente de soi, se fait au cours de différents exercices avec le souci d'être réceptif au maximum.



GROS PLAN

La relaxation musculaire (succession de crispation-détente de différents muscles du corps) sert donc ici surtout au développement de la réceptivité et au meilleur contrôle du tonus musculaire (sentir son corps et contrôler sa détente). Le sujet *se concentre sur les sensations corporelles*, réalisant une prise de conscience de tout le corps.

Sa *réceptivité* sera également entraînée au moyen d'exercices tendant à se rendre conscient d'actes habituellement effectués de manière automatique ; il s'agit de *réapprendre les sensations élémentaires* en se concentrant par exemple sur certains actes quotidiens (exemple : manger consciemment). Est aussi développée la capacité à percevoir *des sensations pures*, dégagées de l'objet (ressentir superficiellement son corps).

Dans tous les cas, on apprend au cerveau à *ne pas associer les idées nées des sensations*, mais à ne garder que la sensation pure.

Ce point constitue une des particularités de la méthode qui est ainsi nettement distinguée de celles favorisant au contraire la libre association. Tout est ici fait pour rééduquer, consolider la maîtrise consciente, ce qui paraît aux antipodes du « laisser faire », de la consigne de « laisser surgir tout ce qui peut apparaître ».

La méthode recoupe cependant, dans son projet d'accroître la réceptivité du sujet, ce que l'on fait en RD2 B en développant les cinq sens.

L'apprentissage de la concentration – se fixer sur un seul objet à la fois aussi longtemps qu'on le veut, avec le minimum de fatigue –, la *rééducation de la volonté*, concourent à parfaire le contrôle mental. Ce contrôle conscient et rationnel est donc en définitive obtenu par la concentration sur les sensations corporelles dans les exercices de tension détente, puis dans les actes quotidiens, et également par une augmentation de la réceptivité, l'utilisation des images mentales.

Le training autogène de Schultz – 1^{re} partie

Le principe de la méthode, dit Schultz « est d'induire par des exercices physiologiques et rationnels déterminés, une déconnexion générale de l'organisme qui, par analogie avec les anciens travaux sur l'hypnose, permet toutes les réalisations propres aux états authentiquement suggestifs » (Schultz, 1997, p. 1).

Autrement dit, il s'agit « d'induire en quelque sorte d'une manière somatogène la déconnexion organismique qui caractérise l'état hypnotique ».



GROS PLAN

Cette technique, probablement la plus employée de toutes, repose donc – dans sa première partie – sur la recherche d'un état *hypnoïde* à partir d'une concentration sur les sensations physiques habituellement

ressenties en détente (lourdeur, chaleur, rythmes cardiaque et respiratoire lents, plexus dénoué, front frais). Percevoir ces sensations permet de réduire les tensions musculaires, de réaliser un tonus optimum, et suffit souvent à dépasser bon nombre de difficultés (surtout d'ordre psychosomatique).

On peut y ajouter, comme le fait Luthe, des *formules organospécifiques* (FOS), semblables aux formules standards de Schultz (« Mon bras droit est lourd », par exemple), mais agissant physiologiquement dans une zone déterminée ; on peut aussi s'imprégner de *formules intentionnelles*, concernant directement les fonctions psychiques.

- Les premières (FOS) sont choisies en fonction des atteintes organiques ; par exemple, dans les cas de rhinite : « Mon nez est chaud ». Ces formules peuvent être présentées sous forme d'*images*. On retrouve là les procédés regroupés en sophrologie sous les termes « techniques de focalisation ».
- Les secondes (FI) peuvent être des *formules de neutralisation* (« X m'est indifférent »), de *renforcement* (« Je suis très fatigué, j'ai envie de dormir »), d'*abstinence* (« Il vaudrait mieux que j'évite de... »).

Chaque formule est adaptée selon les besoins du sujet. On peut ici également associer ces formules à des images mentales suggérant l'attitude à adopter.

L'objectif du TAS est d'amener l'individu à réaliser par lui-même cette *déconnexion organismique* qui agit sur son tonus à partir des sensations de base (lourdeur, chaleur) ; il s'efforcera de retrouver cet état chaque fois qu'il en sentira le besoin, et adaptera à sa guise les FOS ou FI.

La première partie du TAS regroupe donc dans son approche des aspects physiologiques (réduction des tensions, intégration d'un tonus adéquat) et psychologiques (état hypnoïde favorisant la suggestibilité selon divers procédés « mentaux »).

Dans sa seconde partie, le TAS s'apparente aux techniques de réveil favorisant un travail en profondeur de la personnalité.

Le training autogène modifié (TRAM) de R. Abrezol et A. Dumont

Cette version modifiée du *training* autogène de Schultz donne au sophrologue, notamment dans le travail en groupe, des possibilités de transition intéressante entre la sophronisation de base (ou autres relaxations allongées) et la relaxation dynamique 1^{er} degré (avec ses gestes en posture debout).

Exercices de pratique

Debout

- a. Mouvements de la tête à gauche et à droite (« comme pour dire non ») avec concentration sur les sensations corporelles.
- b. Mouvements de la tête de haut en bas (« comme pour dire oui »).
- c. Lente rotation axiale du corps en laissant les bras ballants.
- d. Mouvements latéraux du corps, en levant alternativement un bras et l'autre.
- e. L'arc : tension en arrière de toute la colonne vertébrale, puis flexion lente en avant le plus bas possible, sans forcer la première fois, la seconde en saisissant les chevilles et en tirant légèrement sur les bras, la troisième fois à nouveau librement.

Assis par terre

- f. On place le pied droit sous la cuisse gauche (vécu de la flexion), puis retour jambe droite allongée (vécu de la détente de la jambe droite).
- g. Même exercice avec l'autre pied.
- h. On place le pied droit sur la cuisse gauche (vécu de la jambe fléchie), puis retour jambe droite allongée (vécu de la détente de la jambe droite).
- i. Même exercice de l'autre côté.
- j. On fléchit les jambes en position de lotus (sans forcer, chacun travaille selon ses possibilités).

Couché

- k. On effectue trois respirations totales rythmées : un temps d'inspiration, quatre temps de rétention, poumons pleins, deux temps d'expiration et quatre temps de rétention, poumons vides.

I. On pratique enfin les exercices du training autogène classique¹.

La rééducation psychotonique d'Ajuriaguerra

L'auteur, s'appuyant sur les travaux de Wallon et les données psychanalytiques, propose une rééducation du tonus musculaire qui prendrait en considération la « dialectique tonico-affective qui préside à toutes les attitudes d'un sujet adulte² ». Il met l'accent sur l'état tonique en tant que mode de relation à autrui.



GROS PLAN

La méthode tend à restituer le dialogue tonique en examinant ce qui s'oppose, dans la vie relationnelle, à une bonne adéquation des attitudes. Elle analyse les résistances à la relaxation ; les tensions, angoisses, et désordres divers y révèlent leur signification. La respiration, par exemple, peut être saccadée, bloquée ; le sujet peut soupirer, avoir besoin d'air ; les battements cardiaques peuvent se précipiter, etc.

La maîtrise du tonus musculaire – et donc de la sphère émotionnelle, passe par la première étape du training autogène. Avec l'apprentissage de sensations musculaires nouvelles, le sujet établit des modes de relation différents à autrui. Mais ces modifications ne proviennent pas tant, nous l'avons dit, de la répétition régulière des exercices, que de la *découverte du sens* des tensions, des résistances, apparaissant immanquablement au cours de la « rééducation ».

La relation transférentielle, elle-même analysée, prend ici toute son importance. Le patient pourra par la suite reconnaître ses réactions toniques dans diverses circonstances de la vie quotidienne, et s'efforcer d'y adapter son entraînement à la détente.

Il s'agit, en fin de compte, de prévenir les attitudes dystoniques symptomatiques en développant une meilleure intégration tonico-émotionnelle.

Si donc la méthode de Ajuriaguerra vise aussi la régulation de la fonction tonique, et prend appui sur les thèses de Wallon, elle se démarque des techniques précédentes par une approche privilégiant la dimension relationnelle dans son ensemble, avec ses constituants conscients et inconscients.

.....

1. Il nous arrive de simplifier en laissant les étapes *h*, *i*, *k*.

2. Introduction au livre de Lemaire, 1964.

La méditation de pleine conscience (mindfulness meditation)

Bien que dépassant largement (comme c'est le cas de notre relaxation dynamique) le domaine de la seule relaxation, la méditation de pleine conscience nous offre des pratiques qui peuvent s'intégrer parfaitement à notre approche sophrologique.

Les pratiques de méditation, qui se sont surtout développées en Occident depuis les années 1960, trouvent leur ancrage dans les principaux courants spirituels (bouddhisme, hindouisme, soufisme, christianisme) dans une visée de développement spirituel et de soi en général, incluant la composante santé.



GROS PLAN

Les principales caractéristiques de la *méditation de pleine conscience*³ sont :

- « un état dans lequel le sujet est hautement conscient du moment présent, le reconnaissant et l'acceptant ;
- un état dans lequel l'esprit du sujet ne se laisse pas accrocher ou n'est pas parasité par des pensées, sensations ou émotions à propos d'expériences présentes, passées ou d'attentes futures qui surgissent ;
- un état dans lequel le sujet fait attention (observation) à l'expérience présente de manière vigilante ou encore au flux de stimuli continu interne et externe au fur et à mesure de son apparition dans une optique de non-jugement et de non-évaluation ;
- un état d'esprit qui met en valeur la conscience, l'attention et l'habileté à se dégager des schémas de pensée non adaptatifs qui rendent l'individu vulnérable à des états de stress et à d'autres états pathologiques » (Berghmans, Tarquinio, 2009, p. 111-112).

Il s'agit de développer une conscience qui ne se laisse pas guider par les analyses, les élaborations, les questionnements et constructions mentales, les jugements et autres interprétations à propos des pensées, des émotions, sensations diverses qui ne manquent pas d'apparaître en cours de méditation. L'attention, renonçant alors à la prégnance du cognitif, du « mentalisé », du jugement, peut par exemple être

.....

3. Berghmans, Tarquinio, 2009. Nous renvoyons le lecteur à cet ouvrage de référence, et notamment pour la partie qui nous concerne ici, au chapitre consacré à la méditation, p. 101-152, où l'on peut trouver des éclaircissements théoriques et des données pratiques sur la méditation de pleine conscience.

réorientée sur le souffle, avant de se laisser porter à nouveau dans une réceptivité ouverte par le flux des données immédiates qui surgissent à la conscience.

Pour exemple, le *body scan*, « balayage corporel » où l'on retrouve l'attitude d'acceptation ouverte préconisée ci-dessus : en cas de tensions, on ne cherchera pas à les supprimer mais à en prendre conscience sans jugements, sans chercher leurs origines ni à quoi elles peuvent être reliées. Le patient est plutôt invité à refocaliser son attention sur son corps, sa respiration...

Exercice

Body scan⁴

Cet exercice peut être guidé de la manière suivante.

Dans un premier temps et de manière introductive

« Allongez-vous confortablement, étendez vos jambes, vos bras le long du corps et les paumes tournées vers le ciel. C'est la « position du cadavre » dans le yoga. Autorisez-vous à fermer lentement vos yeux. Prenez votre temps.

Inspirez profondément par le nez et sentez l'air passer à travers votre trachée et se diriger vers vos poumons, et ensuite lors de la seconde inspiration, sentez l'air passer dans vos bras, vos mains, jusqu'au bout de vos doigts, et se diffuser également vers votre ventre, vos jambes, vos chevilles, vos pieds, et jusqu'au bout de vos orteils. Imaginer cela.

Sentez l'air vous traverser, membre par membre, et prenez conscience de combien cet air est bénéfique. Prenez conscience du fait que le simple fait de respirer, d'inspirer et d'expirer, vous permet de vivre.

Lors de cette expiration, laissez-vous vous enfoncer plus profondément dans le sol, vous détendant de plus en plus. Sentez-vous à l'aise.

Renouvelez cette lente respiration quatre ou cinq fois, en restant concentré, en vous focalisant sur cet air qui entre en vous et en ressort librement.

Si vous sentez que votre esprit s'égare de votre respiration, ramenez-le simplement vers votre souffle.

Et si par hasard des pensées viennent traverser votre esprit, considérez les simplement comme des pensées, ne les jugez pas, et laissez les quitter votre esprit

.....

4. Mes remerciements à Claude Berghmans et Cyril Tarquinio qui m'ont autorisé à reproduire l'exercice du *body scan* qu'ils présentent dans leur ouvrage (p. 139 à 144).

pour pouvoir recentrer votre attention sur votre respiration. Si vous n'y arrivez pas, laissez-vous aller, laissez les pensées vous traverser.

Concentrez-vous ensuite sur votre abdomen, sentez-le gonfler lors de l'inspiration et se détendre lors de l'expiration.

Mettez votre main sur votre ventre, sentez-le se gonfler et se remplir d'air lorsque vous inspirez. Puis sentez-le se dégonfler lors de l'expiration. Sentez l'air sortir par votre bouche, tout en vous enfonçant de plus en plus dans le sol.

Relevez toutes les sensations que vous ressentez lors de cette prise de conscience de la respiration. Ne les jugez pas, ressentez les simplement, tout en restant concentré sur votre respiration.

Remettez-vous dans la « position du cadavre », les bras le long du corps, et détendez-vous.

Vous pouvez alors vous féliciter d'avoir consacré du temps à cet exercice. »

Une fois cela fini, l'instructeur demande aux participants de s'exprimer sur ce qu'ils ont ressenti, si cela les a détendus ou bien au contraire si cela les a rendus nerveux, les a contractés. »

Dans un second temps et de manière plus approfondie

« Allongez-vous sur le dos, confortablement, prenez le temps nécessaire à bien vous positionner. Mettez vos bras étendus le long du corps, les paumes ouvertes vers le plafond de manière détendue. Une fois que vous vous sentez à l'aise, prenez conscience de vos paupières, fixer votre attention sur elles et ressentez les lourdes. Elles ont envie de se fermer. Vous les fermez doucement, calmement.

Ensuite porter votre attention sur votre respiration. Laissez votre corps respirer, n'essayez pas de manipuler votre respiration d'une quelconque façon. Laissez-vous aller.

Essayez d'expérimenter simplement la façon dont l'air se déplace dans votre corps, dirigeant en particulier votre attention sur votre ventre, votre abdomen. L'air entre doucement par vos narines et pénètre dans vos poumons. Ressentez les sensations dans cette région lorsque l'air pénètre dans votre corps et que l'abdomen gonfle doucement et lorsque l'air ressort du corps et que le ventre dégonfle, ceci en suivant le mouvement rythmique de votre ventre à chaque respiration.

Inspirez doucement, expirer doucement. Accompagnez ce cycle en conscience, inspirez doucement et expirez doucement.

Laissez-vous aller, laissez votre corps devenir lourd alors qu'il s'enfonce un peu plus profondément dans le sol. Accordez de l'importance à votre respiration à chaque instant.

Lorsque vous vous sentez prêt, déplacez l'objectif de votre attention sur le bas de la jambe gauche et plus particulièrement sur les orteils du pied gauche, et prenez-en conscience.

L'important est que vous sentiez juste vos orteils tels qu'ils sont, en vous concentrant.

Expérimentez le gros orteil, essayez de le ressentir puis le petit, sans les bouger, mais juste en les ressentant individuellement, puis les autres orteils et, lorsque vous inspirez, imaginez que l'air descend directement dans les poumons et le ventre et vers le bas de la jambe gauche jusqu'à vos orteils et lorsque vous expirez, que l'air remonte de vos orteils et ressort automatiquement par votre nez, comme si vous inspiriez vers le bas jusqu'à vos orteils et expiriez à partir de vos orteils.

Essayez cet exercice. L'important n'est pas de réussir mais de le pratiquer.

Lorsque vous êtes prêt, expirez pour quitter vos orteils complètement et déplacez votre attention sur le bas de votre pied gauche, respirez avec lui, et expirez à partir de celui-ci en le laissant juste s'en aller.

Respirez ensuite dans le talon et lors d'une expiration, laissez-vous quitter celui-ci, devenant conscient du dessus de votre pied ; ne pensez pas autrement à votre pied qu'en étant juste présent ici avec lui, le ressentant, le laissant prédominer le champ de votre conscience, respirant avec lui.

Laissez cette conscience s'étendre aux chevilles également et ressentez votre propre cheville gauche, respirez à l'intérieur de celle-ci et lors d'une expiration, quittez la cheville et votre pied gauche et devenez alors conscient de la partie inférieure de la jambe gauche, de la surface comme de la profondeur.

Expérimentez cette région telle qu'elle est, n'essayez pas de la rendre différente, acceptez les sensations que vous ressentez, respirez avec elles et lorsque vous êtes prêt, quittez également cette partie du corps.

Focalisez maintenant votre attention en remontant vers votre genou, expérimentez votre genou gauche, respirez à l'intérieur et lors d'une expiration, laissez-le s'effacer également.

Déplacez-vous maintenant vers la région de la cuisse, en remontant jusqu'à l'aîne à l'intérieur et la hanche à l'extérieur, expérimentant juste votre cuisse gauche,

la laissant aussi molle et détendue que possible, et s'il y a une quelconque tension, laissez-la sortir lors d'une expiration.

Lorsque vous êtes prêt, prenez une respiration plus profonde vers le bas dans votre cuisse et lorsque vous expirez, laissez-la s'en aller.

Écartons-nous maintenant vers la jambe droite, devenons conscients des sensations dans les orteils droits, ressentez les sensations du gros orteil, du petit et des autres, dirigeant l'air inspiré vers les orteils et lors de l'expiration, laissez l'air remonter de vos orteils et ressortir par votre nez, en enregistrant les sensations qui sont présentes dans cette région, sans les juger.

Quand vous le voulez, prenez une inspiration plus profonde vers le bas à l'intérieur de vos orteils et lors de l'expiration, laissez vos orteils s'évanouir dans le champ de votre conscience, laissant l'attention se porter sur le bas de votre pied droit, en incluant le talon.

Puis profitez d'une expiration pour quitter cette région et déportez doucement votre attention sur le dessus du pied et la cheville, inspirant et expirant, puis laissez-la juste partir, se détendre et s'évanouir de votre conscience alors que vous prenez conscience de la partie inférieure de la jambe.

Lorsque vous êtes prêt, respirez à l'intérieur de la jambe et profitez de l'expiration pour la quitter également et prenez alors conscience de votre genou droit avant de le quitter également lors de l'expiration. Maintenant, prenez conscience de votre cuisse droite, entre la hanche, le bassin et l'aîne, en partant du genou.

Lors d'une expiration, quittez cette région également.

Devenez maintenant conscient du bassin, d'une hanche à l'autre, des fesses en contact avec le matelas et des sensations de contact et de pesanteur.

Prenez conscience de la région des organes génitaux, des hanches elles-mêmes et respirez avec votre bassin dans son intégralité.

Dirigez l'air vers le bas lors de l'inspiration et, lors de l'expiration, laissez le bassin se relâcher et se détendre, toute tension présente s'en allant avec l'air ; soyez satisfait d'être comme vous êtes juste à cet instant.

Dirigez ensuite votre attention vers le bas du dos, expérimentant les sensations qui s'y trouvent.

Expérimentez votre dos tel qu'il est en cet instant, laissant l'air pénétrer, se déplacer dans chaque région du bas du dos lors de l'inspiration et de l'expiration.

Laissez toute tension ou contraction être là puis s'en aller lors de l'expiration et lors d'une expiration, quittez le bas du dos et remontez vers le haut, respirant avec vos sensations.

Et quelles que soient les tensions ou contractions, laissez-les simplement disparaître et quitter le corps lors de l'expiration alors que vous vous laissez aller et sombrez encore plus profondément dans la quiétude et la relaxation.

Portez ensuite votre attention à nouveau sur le ventre, expérimentant la dilatation et la rétraction de celui-ci, permettant à la conscience de se diffuser du ventre vers la poitrine également.

Expérimentez la poitrine qui se gonfle à l'inspiration et se rétracte quelque peu à l'expiration.

Lorsque vous êtes prêt, contentez-vous de laisser cette région s'évanouir dans la relaxation également.

Déplacez votre attention vers les extrémités de vos doigts, prenant conscience des sensations présentes maintenant dans les extrémités de vos doigts et dans les paumes.

Soyez juste dans vos doigts, à l'intérieur et sur la partie arrière de vos doigts puis ressortez par les extrémités laissant le champ de votre conscience se diffuser jusqu'à inclure les paumes de vos mains, l'arrière de vos mains et les poignets, devenant aussi conscients des avant-bras et des coudes, expérimentant votre corps tel qu'il est.

Incluez maintenant la partie supérieure de vos bras, remontez vers les aisselles et les épaules.

Expérimentez vos épaules et s'il y a une tension, respirez juste dans celles-ci et dans vos bras lors de l'inspiration et laissez cette tension s'en aller lors de l'expiration.

Soyez présent à chaque instant, quittant n'importe quelle partie se présentant.

Maintenant, laissons l'objectif de notre attention remonter vers le cou, la colonne vertébrale, puis vers la gorge et ressentez cette région de votre corps dans son intégralité.

Inspirez vers le bas dans le cou intentionnellement et lors de l'expiration, quittez-le également, le laissant se relaxer.

Prenez alors conscience de votre visage et concentrez-vous en premier sur la mâchoire et le menton, l'expérimentant juste tel qu'il est, respirant avec cette région, et lors de l'expiration, laissez-la disparaître, devenant conscient de vos

lèvres et de votre bouche, des dents et des gencives, de la langue et du palais, de l'arrière de la bouche et de la gorge et lors d'une expiration, laissez cette région s'évanouir également.

Devenez alors conscient de votre nez ; ressentez de quelle façon l'air se déplace dans le nez au niveau des narines, en étant conscient de vous-même ainsi que de vos yeux, des sourcils, de l'espace entre les sourcils et de toute la région autour des yeux, des paupières.

S'il y a une tension, laissez-la s'en aller en même temps que l'air s'en va lors de l'expiration, permettant à vos tempes de se relaxer et de s'effacer alors que vous expérimentez les sensations sur le côté de votre tête, respirant vers vos oreilles et expirant à partir des oreilles.

Respirez ensuite juste avec votre front, le laissant se relâcher, et si vous sentez un quelconque mouvement associé à de la tension, soyez en juste conscient et inspirez.

Respirez ensuite avec l'intégralité de votre visage comme si vous veniez du dessous et de l'intérieur, quittant votre visage dans son intégralité, le front inclus.

Maintenant, devenez conscient de l'arrière de la tête, du sommet de la tête, de la région entière du crâne, en inspirant dans cette région tout entière et expirant en laissant l'air quitter votre nez.

Lorsque vous êtes prêt, ressentez votre corps comme un tout du sommet de votre tête au bas de vos pieds, étant allongé ici dans un état de quiétude et de relaxation profonde, vous sentant vraiment tel que vous êtes. Lorsque l'exercice s'arrêtera, ramenez votre conscience à votre corps de nouveau et ressentez-le comme un tout, renouez avec l'activité de votre vie.

Vous pouvez vous féliciter d'avoir pris le temps et l'énergie pour vous relaxer de cette façon et rappelez-vous que cet état de relaxation et de clairvoyance vous est accessible en prêtant simplement attention à l'inspiration et l'expiration quoi qu'il se passe, à n'importe quel moment de la journée, le laissant être une source de force et d'énergie constante pour vous. »

3. Bibliographie

BERGHMANS C., TARQUINIO C. (2009). *Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies*, InterÉditions.

FONTAINE O. (1970). *Introduction aux thérapies comportementales*, Bruxelles, Des-sart.

LEMAIRE (1964). *La Relaxation*, Paris, Payot.

SCHULTZ J. H. (1997) *Le Training autogène*, Paris, PUF, 7^e éd.

VITTOZ P. (1993). *Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral*, Paris, Pierre Téqui, 13^e éd.

Champ de la sophrothérapie

BERNARD ETCHELECOU

> Pourquoi ce chapitre ?

Les différents types d'induction conduisent le sujet « aux portes du sommeil ». Cet état est caractérisé par un abaissement du contrôle intellectuel, avec, parallèlement, un surgissement, voire une libération de l'imaginaire et de l'affect : « Le moi ainsi privé de l'accès à la motilité et de la perception du monde extérieur subit alors comme un retrait devenant plus proche des couches préconscientes et inconscientes de la personnalité [...] et se trouve en même temps toujours plus proche de cette expérience plus ou moins consciente de notre image du corps » (Geissmann et Durand de Bousingen, 1968, p. 258).

Le sujet a, d'une part, accès au monde de ses propres images alimentées de fantasmes plus ou moins conscients, de souvenirs plus ou moins réels, plus ou moins précis... et, d'autre part, à son propre vécu corporel (corps perçu – sensations physiques –, corps représenté sujet à toutes sortes de fantasmes). Le travail thérapeutique va alors se faire sur un double registre, ou plus exactement aux points d'articulation du soma et de la psyché.

Sommaire

1. Se mouvoir dans notre subjectivité.....	165
2. Bibliographie.....	170

1. Se mouvoir dans notre subjectivité

On ne sera pas étonné de l'importance attribuée en sophrothérapie à la structuration du schéma corporel et de l'image de soi, ainsi qu'aux fantasmes et à l'imaginaire corporel. L'expression personnelle s'y tient par le triple biais du langage figuratif (images), du langage corporel (tensions, somatisations) et du langage verbal (le plus

« socialisé », celui qui relie, qui donne un sens, qui intègre à la conscience). Dans cette situation, entre veille et sommeil, le sujet produit et observe toute une activité fantasmatique qu'il ne contrôle pas totalement, mais qu'il peut éventuellement infléchir dans tel ou tel sens : modification du scénario, intervention dans le déroulement des images.

Note : Dans les méthodes à visée adaptative directe (comme la sophro acceptation progressive, ou la sophro correction sérielle), il peut vivre plus positivement, en imagerie mentale, certaines expériences, certaines situations posant jusque-là quelques problèmes.

Dans une optique de recherche personnelle, l'intérêt du seuil sophroliminal réside dans le fait qu'il est possible de se mouvoir, tout en gardant un œil distancié, dans un monde dont on n'a pas la complète maîtrise.

L'imagerie mentale, lorsqu'elle se développe librement, par associations non dirigées, constitue un langage symbolique à décrypter, amenant ainsi à des prises de conscience par le sujet de désirs, d'affects qu'il avait auparavant du mal à percevoir ou à assumer. On notera que l'état sophronique facilite grandement l'accès aux significations sous-jacentes, et aide l'anamnèse ainsi que l'utilisation du « matériau » fourni.

Il ne s'agit pas tant pour le patient de réaliser des compensations, des *rêveries compensatoires* (dont l'effet de « décharge » ne serait qu'illusoire, et en tout cas momentané), ou de satisfaire en imagination des désirs interdits, que de *mettre en évidence une problématique inconsciente* sous forme symbolique, « à la fois de l'ordre du vu, de l'agi, du vécu, du senti et du dit à un thérapeute » (Launay, 1975, p. 51). C'est dire qu'émerge, sous sophronisation, un niveau de réalité subjective, différent du niveau « socialisé », mais qui ne le fait pas complètement disparaître. Ce sont les « structures socialisées du langage [qui] interrogent les structures du langage archaïque » (Launay, 1975, p. 205).

Note : Différentes techniques sophroniques (sophro-anamnèse, sophro-mnésie notamment) aidant à mobiliser cette problématique personnelle peuvent être très utiles aux thérapeutes rompus à ces approches découvrautes.

Dans tous les cas, la seule réminiscence de souvenirs (plus ou moins réels ou fantasmés), ou la seule décharge émotionnelle (catharsis « pure ») ne suffisent pas à modifier le sujet en profondeur.

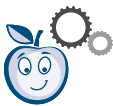
Comme le note J. Donnars (1991, p. 26), l'évolution ne peut se faire que par l'union du souvenir, de l'émotion et du langage (qui « crée le lien, le point d'impact, le bouton-pression qui permet au sens d'apparaître »). Si l'un de ces trois aspects fait défaut, il est vain d'espérer un véritable changement d'attitudes : la libération d'une émotion peut soulager un moment, mais si aucun lien n'est fait entre les affects ainsi

déchargés, les représentations resteront lettre morte, et aucune intégration à la conscience du sujet ne pourra se faire. « C'est en s'associant à une image verbale que l'image mnésique peut acquérir l'indice de qualité spécifique de la conscience » (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 418).

Un autre aspect caractérisant fondamentalement l'approche sophrologique est que la thérapie, axée sur la détente mentale et physique, a pour support le *corps*. Le principal objectif étant, comme en toute technique de relaxation, de « réintroduire le corps » dans le champ de la conscience. Le corps dans toutes ses composantes, physiologique et imaginaire : corps perçu, corps connu, corps vécu, corps représenté... Il s'agit en réalité bien moins de détendre que d'*écouter* son corps. Être à l'écoute de ses difficultés, se « laisser aller » en toute confiance, observer ses propres tensions corporelles, les productions imaginaires en relation avec le vécu de détente corporelle.

Le patient s'aperçoit qu'il n'est pas aussi simple de relâcher son corps « parties après parties ». Les tensions musculaires, les vécus angoissants en relaxation, mettent en évidence et expriment certains conflits qui n'ayant pas fait l'objet d'un travail d'élaboration psychique, sont ancrés dans le soma.

Comme le souligne Geissmann, « [l'étude] des associations d'idées qui naissent à propos de ces phénomènes psychosensoriels montre qu'ils sont toujours en rapport étroit avec l'histoire du malade, avec des souvenirs souvent oubliés, avec des pulsions refoulées et méconnues ; l'élaboration de ces phénomènes permet de procéder dans une perspective psychothérapique, à une reconstitution de la fantasmatique du sujet » (Geissmann et Durand de Bousingen, 1968, p. 238).



CAS PRATIQUE

Une jeune femme, dès les premières séances, vivait péniblement des tensions au niveau de son ventre. Partant de ces difficultés, je l'ai incitée à visualiser en sophronisation, quelque chose pouvant s'y rapporter. Elle a revu alors le jour où sont apparues pour la première fois ses règles.

Elle était avec sa mère dans la salle de bains ; celle-ci lui disait que les règles étaient « quelque chose de sale, de dévalorisant pour les femmes »...

Au cours de cette scène très brève, elle avait eu la gorge « nouée », l'envie de pleurer. Elle dit : « J'avais honte de ce qui m'arrivait à ce moment-là. »

Elle avait encore des règles « très douloureuses ».

À la séance suivante, elle s'est vue adolescente, s'entendant dire : « Je veux être un garçon. »

Cette relaxation a été vécue de façon très angoissée... Puis, est apparue une autre scène, très précise : elle était âgée de dix ans environ, en compagnie de quelques garçons qui se regardaient et comparaient leurs sexes... Elle se dit alors

« catastrophée de ne pas en avoir »... C'est, là encore, sa mère qui est intervenue vivement pour arrêter ces jeux qu'elle estimait scandaleux.

Ce cas montre comment, à partir de la seule constatation d'une difficulté à relâcher son ventre, la patiente a été amenée à des questions relatives à l'acceptation de sa féminité, au vécu « honteux » de son corps de femme, au problème de la castration, à la relation à sa mère.

La relaxation mobilise cette fantasmagorie par laquelle s'exprime la problématique du sujet ; elle réactualise aussi les inscriptions négatives corporelles (tensions, vécus douloureux, etc.) qu'elle s'efforce de réduire. En un mot apparaissent en sous-jacente « le monde des imagos, des formations très archaïques infra-symbolisées, internalisées dans le tonus, les émotions, les réactions du corps » (Launay, 1975, p. 129).

On s'efforcera de comprendre, de repérer le sens, la signification de ce langage corporel :

« Rétablir entre l'éprouvé du corps et le sujet un ensemble de chaînons manquants, occultés qu'ils sont par la nécessité du maintien dans l'inconscient d'affects intolérables par le Moi, ou même trop archaïques pour avoir pu être élaborés. » (Roux, p. 45)

La prise de sens passe là encore par la *verbalisation*, par le passage de l'infra-verbal à la symbolique verbale. Le vécu affectif, d'abord non élaboré, non *mentalisé*, mais agi dans le corps va, au moyen du verbe, être intégré à la conscience par la mise en liaison et l'établissement d'un sens unissant des pulsions, affects, « bruts » et éparés.



IMPORTANT

Soulignons à nouveau les trois composantes indispensables à une modification authentique du sujet :

- ✓ **le souvenir** (qui, ici, est plutôt « inscription », « traces » repérables dans les tensions corporelles et la « cuirasse ») ;
- ✓ **l'émotion** (éprouvé corporel, plus ou moins érotique ou douloureux, souvenirs imagés déchargés en cours de relaxation) ;
- ✓ **le langage** qui donne sens.

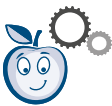
Conduisant le patient entre veille et sommeil, tout en facilitant ainsi l'accès à l'imaginaire, le sophrologue se situe dans un champ thérapeutique constitué par le *vécu corporel* qui surgit dans l'ici et maintenant de la relaxation, et les *images mentales* qu'il suscite.

Ce vécu, ces images, en recherche de détente, sont les données de base du travail thérapeutique ; des désirs, affects, pulsions plus ou moins archaïques, les interdits et les défenses qui y sont attachés, émergent comme autant de points conflictuels fixant le sujet dans un système relationnel appartenant à son passé. Cette résurgence, analysée au détour des multiples mouvements transférentiels patient-thérapeute, libérera des processus répétitifs pathologiques. L'imaginaire pourra alors servir plus à la création qu'à la répétition.

Le champ de la sophrologie, défini comme celui de l'articulation entre les secteurs physique et psychologique de l'individu, engage le thérapeute dans une tentative d'*harmonisation* des diverses composantes de la personne : corps-esprit, affect-intellect, intuition-raison...

Le malade qui formule le souhait d'une détente exclusivement corporelle, comme c'est souvent le cas du « psychosomatique » qui localise ses problèmes dans le soma, sera peu à peu conduit à une meilleure élaboration mentale de ses émotions. Le « rationnel » ou l'« obsessionnel » qui se protègent des affects en isolant leurs représentations, et qui s'efforcent de se mouvoir dans un monde aussi intellectualisé que possible, vont être amenés à renoncer à ce clivage entre les idées, les émotions, et leurs expressions corporelles.

Le clivage corps-esprit est fréquemment représenté par un vécu du corps en deux parties : d'une part, la tête (assimilée à l'esprit, à l'intellect), d'autre part le reste du corps (vécu comme étant « le corps » proprement dit). Entre les deux, la nuque, la gorge, qui forment des points clés reliant plus ou moins facilement, et laissant ou non circuler l'énergie entre les deux parties.



CAS PRATIQUE

Un client avait l'impression que sa tête, en relaxation, se séparait du reste du corps. Il sentait son corps « tout vague... comme s'il n'y avait que la tête ». On devait par la suite s'apercevoir qu'il manifestait une peur de « perdre la tête », accordant symboliquement à celle-ci une importance majeure.

De plus, la « circulation ne passait pas entre la tête et le corps »... Il disait : « Ma gorge est nouée... impression d'étouffer... des craquements dans la nuque... »

L'objectif d'*harmoniser* (selon l'étymologie du terme sophrologie) les différents aspects de l'être humain est rendu possible par le parti pris d'une approche *globale* individuelle, et des méthodes qui découlent de cette optique : la sophrothérapie renonce aux techniques purement verbales, aussi bien qu'à celles centrées exclusivement sur l'expression corporelle.

2. Bibliographie

DONNARS J. (1991) in Collectif, *Sophrologie médicale et paramédicale*, Beltan.

GEISSMANN et DURAND DE BOUSINGEN (1968). *Les Méthodes de relaxation*, Bruxelles, Dessart, 2^e éd.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1973). *Vocabulaire de psychanalyse*, Paris, PUF, 4^e éd.

LAUNAY J., LÉVINE J., MAUREY G. (1975) *Le RED et l'inconscient*, Bruxelles, Dessart et Mardaga.

ROUX M.-L. « Le corps en psychothérapie », *Le Praticien*, n° 376.

Chapitre

8

L'imaginaire corporel

BERNARD ETCHÉLECOU

> Pourquoi ce chapitre ?

« La psychanalyse, remarque G. Rosolato, a montré combien les images du corps, actives dans une fantasmatique, recomposent les réalités de l'anatomophysiologie, ou font fi d'elles. » (1971)

Il sera ici question du corps imaginaire, tissé par les désirs et les fantasmes de notre prime enfance, par les liens et les conflits affectifs qui ont marqué notre histoire personnelle. Cette « anatomie fantasmatique », irréductible à celle qui est étudiée par le biologiste ou le physiologiste, est décelable dans la symbolique et les symptômes corporels.

Sommaire

1. Schéma corporel et image du corps..... 173
2. L'image du corps : quelques apports fondamentaux dans le domaine de la psychanalyse..... 174
3. Bibliographie..... 184

Dès ses premiers travaux, Freud a insisté sur l'importance des « zones orificielles du corps », leur caractère érogène, sexuel, leur prédominance successive. Dans les *Trois essais sur la sexualité* (1905), il détermine la relation qui unit les pulsions sexuelles et certaines fonctions corporelles fondamentales : les pulsions sexuelles *s'étayent* sur les fonctions vitales, celles-ci leur fournissant une source, un but et un objet. « En un sens, la sexualité peut être retrouvée partout, comme naissant dans le fonctionnement même des activités corporelles... elle ne se détache que secondairement » (Laplanche, Pontalis, p. 149).

Par exemple, à partir de la fonction alimentaire, du *besoin* pur et simple d'assouvir sa faim, naît le *plaisir* lié à la succion du sein (objet de satisfaction) ; plaisir qui « prend corps » dans la bouche, promue zone érogène. Rapidement, la satisfaction sexuelle (orale) fonctionne ensuite pour elle-même, en se séparant du seul besoin nutritionnel : autoérotisme buccal manifeste dans la succion du pouce, les babils, les jeux salivaires...

S'élaborent ainsi successivement :

- *un corps de l'oralité*, dominé par des fantasmes d'absorption, d'introjection, d'incorporation, mais aussi de destruction par dévoration, morcellement... ;
- *un corps de l'analité*, la satisfaction défécatoire et sa maîtrise engendrant des fantasmes en rapport avec la rétention, la conservation, l'expulsion... ;
- *le corps de la phase phallique*, centré sur le plaisir génital et les fantasmes de castration...

Une belle illustration, empruntée à F. Dolto (1984, p. 36-37), montre l'extrême importance de l'imaginaire dans le fonctionnement du schéma corporel.



CAS PRATIQUE

Il s'agit d'une fillette de 5-6 ans qui ne peut rien prendre avec ses mains : elle reste sans réaction si on lui demande de « prendre dans sa main » de la pâte à modeler, ou encore de « faire quelque chose avec la pâte à modeler ».

Il lui manque, selon F. Dolto, les capacités inhérentes à une image corporelle du stade anal, avec son « érotique » centrée sur le faire, l'agir.

Mais, l'enfant se sert immédiatement de sa main lorsqu'on utilise des termes se référant à une image corporelle de la période orale : « Tu peux prendre la pâte à modeler avec ta bouche de main. »

Pour cette fillette, « prendre », « faire » sont vides de sens ; son image corporelle fonctionne sur le registre oral : « Tandis qu'elle n'avait de mains que dans sa bouche, je lui ai mis par la parole une bouche dans sa main, lui redonnant un bras qui reliait sa main de bras-bouche à sa bouche-main de visage, perdu lui aussi » (Dolto, 1984, p. 37).

Il est vrai qu'au début S. Freud insiste surtout sur la fonction érogène de la peau, des muqueuses, des orifices corporels ; mais il finit bientôt par attribuer à la pulsion sexuelle la possibilité d'investir tous les organes : le corps doit être « conçu tout entier comme érogène », l'érogénéité est une « propriété générale de tous les organes » (1938, « Abrégé de psychanalyse »).

La symbolique corporelle est clairement manifeste dans des expressions telles qu'« avoir mal au cœur », « mal aux tripes », « perdre la face », « garder la tête haute »,

« courber l'échine », « froncer les sourcils », etc. Les symptômes corporels (tensions, maladies dites « fonctionnelles »...) dévoilent un corps imaginaire, investi par le désir et la relation à l'autre, avec ses avatars et ses difficultés.

1. Schéma corporel et image du corps

À la cassure radicale, opérée par S. Freud, entre un corps « réel », anatomique, objet de l'investigation du physiologiste par exemple (ou même du psychologue s'attachant à saisir l'évolution de la « conscience de soi » – cf. précédent chapitre) et celle d'un corps engendré par les désirs inconscients, corps imaginaire, objet de fantasmes, il convient d'en superposer une autre, relative à la distinction entre *schéma corporel* et *image du corps*.

Le champ de l'analyse, qui est celui de l'inconscient, de la sexualité, du fantasme, s'intéresse à *l'image du corps*. Il est plus habituel de dénommer schéma corporel la « connaissance du corps découlant de la perception et des afférences neuro-physiologiques » (Pasini, 1981, p. 50). Cette connaissance se fait à partir des données des sensibilités proprio, intéro et extéroceptives et soutient le sentiment de présence du corps.



GROS PLAN

Image corporelle/schéma corporel

Selon Françoise Dolto, le schéma corporel est une « réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique » (1984, p. 18).

Pour elle, le *schéma corporel* est :

- ce qui spécifie l'individu en tant que représentant de son espèce ;
- en principe *le même pour tous les individus de l'espèce humaine* ;
- *en partie inconscient*, mais aussi *préconscient et conscient* ;
- structuré par *l'apprentissage et l'expérience*.

L'image corporelle serait, en revanche, « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles inter-humaines répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant (ce même avant que le sujet puisse dire "Je") » (p. 22).

Elle serait, par opposition au schéma corporel, caractérisée comme :

- *propre à chaque individu*, liée à l'histoire du sujet ;

- totalement *inconsciente* ;
- se structurant par « la *communication entre sujets et la trace*, au jour le jour mémorisée *du jouir frustré, réprimé ou interdit*¹ » ;
- se référant uniquement à l'imaginaire.

Il n'est pas concevable d'entendre encore, de la part de sophrologues, que la « psychanalyse ne s'intéresse pas au corps ». La démarche freudienne a certes consisté à s'écarter du corps réel, physique et biologique, mais pour mieux affirmer l'imaginaire corporel comme objet de son investigation. Plus exactement, la psychanalyse étudie les rapports, l'articulation entre le réel et l'imaginaire (qui révèle son influence dans les symptômes ou autres discours symboliques du sujet).

2. L'image du corps : quelques apports fondamentaux dans le domaine de la psychanalyse

Françoise Dolto

Françoise Dolto (1984) montre comment les désirs de l'enfant rencontrent, à chaque stade de son développement, des interdits incontournables ayant valeur structurante et progressante.



GROS PLAN

La castration des désirs

Dans la réalité, elle se réalise sous des modalités diverses, de la naissance à la période œdipienne.

- **La castration ombilicale** préfigure toutes les castrations. Les perceptions ainsi que les modes de satisfaction connus *in utero* sont, après la naissance, à jamais perdus. F. Dolto insiste sur le *prénom* de l'enfant, élément auditif prégnant, « signifiant de son être au monde pour ses parents (de son sexe aussi) » (Dolto, 1984, p. 93).
- **La castration orale** : le sevrage du corps à corps nourricier, celui du plaisir de la « captation cannibale », donnent à l'enfant la possibilité

.....

1. Nous voyons plus loin, avec Dolto, l'évolution de cette structuration élaborée par castrations successives du désir dans la réalité.

d'accéder à un langage, et au désir de parler dans un langage compréhensible aussi par d'autres personnes que sa mère. La castration orale stimule l'enfant à la relation à autrui.

- **La castration anale** : l'enfant, capable de motricité volontaire, doit pouvoir se séparer de la mère dans le *faire*, développant son autonomie en même temps qu'intériorisant l'interdit de tout *agir nuisible* (pour soi et pour autrui).

Privé de l'assistance physique maternelle qui le soutenait jusque-là et du plaisir manipulatoire partagé avec sa mère, l'enfant est incité à élaborer ses propres expériences, à trouver une certaine autonomie concernant ses désirs et besoins.

Cette castration, conduisant à la maîtrise de ses actes et à l'autonomie de son corps, permet une ouverture à la communication avec les enfants de son âge et avec autrui en général. L'enfant en retire l'interdit du meurtre et du vandalisme, le contrôle des pulsions motrices nuisibles, de la motricité, la mesure, la maîtrise de la force...

En somme, la déprivation de plaisirs agressifs moteurs nuisibles à soi ou à autrui fait place à l'initiation au plaisir d'une motricité contrôlée et au commerce avec autrui.

- **La castration œdipienne** est centrée sur l'interdit de l'inceste. Renoncer à l'amour incestueux instaure la promesse d'une vie génitale future, inhérente à son propre sexe. L'enfant a désormais accès à une image du corps sexuée (génitale).

Mélanie Klein

On doit à M. Klein la mise à jour des fantasmes sous-tendant les relations mère-enfant dans les tout premiers moments de la vie.



GROS PLAN

Les fantasmes

- **Fantasmes concernant le sein maternel**, objet partiel perçu « tout bon », gratifiant quand il satisfait les besoins de lait, de sécurité, de tendresse, et auquel s'adressent les pulsions libidinales... Ou, au contraire, objet « tout mauvais », source de frustration sur lequel sont projetées les pulsions destructrices.
- **Fantasmes d'absorption, d'incorporation**, caractéristiques de la relation d'objet au stade oral, « prototype corporel de l'introjection et

de l'identification » (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 200), l'incorporation consistant à assimiler les qualités de l'objet en le conservant à l'intérieur de soi².

- **Fantasmes de dévoration** correspondant à la phase « cannibalique », sadique-orale : manger ou détruire la mère, être mangé ou détruit par elle, vouloir détruire le sein ou même le corps tout entier en le vidant de son contenu...
- **Fantasme urétraux et anaux** tendant à abîmer, déchirer l'intérieur du corps maternel en utilisant son urine ou ses fèces... Inonder, brûler, empoisonner avec les urines...
- D'autres *fantasmes encore concernant les rapports parentaux* (coït oral, coït-lutte)...*, fantasme d'une mère détentrice du pénis* à l'intérieur de son corps (mère phallique), etc.

La perception qu'a l'enfant de son corps et de celui d'autrui repose ainsi sur une fantasmatique suscitée par ses pulsions érotiques et destructrices.

On retrouve chez l'adulte cette réalité fantasmatique à l'œuvre dans la vie relationnelle ; nous en évoquerons quelques aspects à propos de l'« oralité » manifeste dans le travail sophronique. Mentionnons seulement ici des expressions clairement significatives d'une thématique orale, comme « être mignon à croquer », « être indigeste, imbuvable », « se faire bouffer », « dévorer quelqu'un du regard », « goûter, boire les paroles d'un orateur », « vomir quelqu'un », etc.

Ou bien, certaines injures se rapportant à l'analité : « emmerder quelqu'un », « se faire chier », « ne pas pouvoir sentir telle personne », etc.

Didier Anzieu (le moi-peau)

Selon cet auteur, le tonus musculaire postural serait une source de *stimuli* sensoriels moins importante que la *peau*. Suivant les travaux d'éthologues (Lorenz) ou ceux de Bowlby sur l'*attachement* il estime le besoin de contact (d'où l'importance de la peau) aussi fondamental que le besoin de nourriture. Elle est le « contenant élémentaire de l'organisation psychique ». D. Anzieu accorde aux signaux tactiles (puis aux signaux sonores) la primauté dans l'organisation de l'appareil psychique, fonction sans doute surtout attribuée par d'autres (Winnicott, Lacan) aux signaux visuels.

.....

2. On perçoit sans doute un tel fantasme dans la suggestion d'incorporer, en relaxation, toute l'énergie extérieure positive, à chaque inspiration.

Comme l'affirme W. Pasini (1981, p. 55), « Anzieu défend la valeur organisatrice de la forme, par la surface de la peau, tandis que d'autres auteurs comme Spitz ont privilégié le volume (par exemple, la cavité primitive) ou le tonus musculaire (Reich, Ajuriaguerra). »

Fiche Le moi-peau

Lors des activités de maternage, l'enfant, tenu dans les bras en contact étroit avec le corps de sa maman, va progressivement différencier une interface qui le conduit à distinguer un « dehors » et un « dedans », tout en se sentant baigné en sécurité dans un volume ambiant qui l'enveloppe et le contient. « Par moi-peau, dit D. Anzieu, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (1990, p. 39).

Didier Anzieu a recensé neuf fonctions psychiques du moi-peau (liste « ni immuable, ni exhaustive », précise-t-il) pouvant rendre compte, en cas de carence ou de surinvestissement, de graves problèmes pathologiques³.

- **Une fonction de maintenance du psychisme** : intériorisation du *holding* maternel, le moi-peau maintient le psychisme en état de fonctionner.
- **Une fonction contenante** : le moi-peau tend à envelopper tout l'appareil psychique, comme la peau enveloppe tout le corps. Cette fonction s'étaye sur le *handling* maternel : « La sensation-image de la peau comme sac est éveillée, chez le tout-petit, par les soins du corps, appropriés à ses besoins, que lui procure la mère » (p. 100).
- **Une fonction de pare-excitation contre les excès de stimulations, les agressions diverses** (cf. les inductions de certains sophrologues suggérant de percevoir la peau comme protégeant du « négatif » venant de l'extérieur, mais laissant passer le « positif »).
- **Une fonction d'individuation du soi** (sentiment d'être unique).
- **Une fonction d'intersensorialité**. Le moi-peau constitue une surface psychique reliant entre elles les différentes sensations et les faisant émerger de l'enveloppe tactile originaire.
- **Une fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle**. Les contacts cutanés entre mère et enfant, agréables le plus souvent, préparent l'auto-érotisme et confèrent aux plaisirs de peau une place prépondérante dans les plaisirs sexuels : « Surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnue et leur complémentarité désirée » (p. 103).
- **Une fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique**, la peau étant une surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations extérieures.
- **Une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles**, « le moi-peau est le par-chemin originaire, qui conserve [...] les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées » (p. 104). On peut ici évoquer certaines angoisses comme celle d'être marqué en surface (rougeurs, eczéma...) par des inscriptions honteuses et indélébiles infligées par le surmoi.

.....

3. Le bref résumé que je présente ici ne saurait bien évidemment remplacer la lecture de cet ouvrage princeps de la psychanalyse.

- **Une fonction négative du moi-peau**, au service de la pulsion de mort, qui viserait à l'*autodestruction* de la peau et du moi.

Les vicissitudes d'acquisition, à partir du fantasme d'une peau commune, d'un moi-peau assurant de façon autonome et sécurisée toutes ces fonctions, se retrouvent dans bon nombre de thérapies.



CAS PRATIQUE

Madame L. percevait en état sophronique son corps comme un « sac plein de vide » ou un « gros tas de rien ». Elle se sentait aussi vide à l'intérieur que « barricadée » pour éviter les agressions intrusives venant de l'extérieur.

Elle évoqua en ce sens avec douleur des scènes traumatisantes d'attouchements sexuels répétés qu'elle a subis de la part d'un adulte dans son enfance. Elle reprochait vivement à ses parents de « n'avoir rien vu ou rien voulu voir », de n'avoir su la protéger.

Cette dame réclamait souvent au cours de ses séances une présence maternelle chaleureuse dont elle se sentait à jamais privée. Les soins maternels (et surtout grand-maternels par carence de la maman) ont assuré les besoins primaires, mais apparemment sans tendresse ni plaisir du contact.

Madame L. connaissait des épisodes de boulimie. Elle « bouffait, disait-elle, pour remplir son vide intérieur » et sentir son ventre tendu... Je pensais alors que « Madame L. cherchait paroi désespérément »... Il lui était impérieux de se remplir de la « bonne nourriture » maternelle pour se sentir « gonflée » à l'intérieur, et aussi pour toucher à son contenant, s'assurer de sa présence, tout en « nourrissant », renforçant sa cuirasse-peau destinée à la préserver des intrusions destructrices.

Elle a souvent sollicité, avec une énergie désespérée, un entourage de tendresse la contenant, un bain chaleureux assurant une sécurité sans failles, en qu(o)i elle aurait pu s'abandonner sans réserves, s'en imprégner et s'en nourrir, et dont l'absence l'obligeait à assurer elle-même, en s'en estimant totalement incapable, son bonheur et sa propre protection.

Jacques Lacan (le stade du miroir)

J. Lacan accorde à la « phase du miroir », entre 6 et 18 mois, une place majeure dans la constitution de l'être humain. À cette époque, en effet, le cerveau de l'enfant est encore en voie de formation et sa motricité est mal coordonnée. Son image totale perçue dans le miroir (*gestalt*) va lui permettre d'anticiper ce que sera son unité corporelle, à l'image également de ses semblables, ses « alter ego ».

Entre sa réalité, qui est celle d'un être ressenti encore épars, morcelé, mal différencié, et cette image de soi unifié, entrevue avec une certaine « jubilation » existe un vide, une « béance » comblée par le désir de l'enfant à être cette image : il s'identifie à son image.

« Cette expérience primordiale, est au fondement du caractère imaginaire du moi constitué d'emblée comme "moi idéal" et souche des identifications secondaires » (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 452). Ils poursuivent : « On voit que, dans cette perspective, le sujet n'est pas réductible au moi, instance imaginaire dans laquelle il tend à s'aliéner » (p. 453).



GROS PLAN

L'enfant et le stade du miroir

L'enfant s'identifie à cette image qui n'est pas *réellement* lui-même, mais grâce à laquelle il peut (et on peut) cependant se (le) reconnaître. Cette identification équivaut ainsi du même coup à une aliénation : « L'enfant ne devient un être humain qu'au prix de cette aliénation qui le constitue "comme un autre" » (Coste, p. 26).

C'est donc dans une dialectique de l'*être* et de l'*apparence* que le sujet parvient à réaliser son identité. Cette conquête s'élabore progressivement :

- *En une première phase*, l'enfant perçoit le reflet du miroir comme un être réel ; il cherche à savoir qui est derrière la glace, confondant reflet et réalité.
- *Puis, l'autre* du miroir est reconnu comme une image, non comme un être réel⁴, mais sans pour autant saisir qu'il s'agit de sa propre image.
- Enfin, *dans une dernière étape*, l'enfant « assume » cette image comme un reflet de lui-même. Sa joie est manifeste dans le jeu de repérage de son corps en mouvement devant la glace.

Selon F. Dolto, « l'image scopique ne prend sens d'expérience vivante que par la présence, aux côtés de l'enfant, d'une personne avec laquelle son image du corps et son schéma corporel se reconnaissent, en même temps qu'il reconnaît cette personne dans la surface plane de l'image scopique : il voit dédoublé au miroir ce qu'il perçoit d'elle près de lui, et peut alors avaliser l'image scopique comme la sienne,

.....

4. L'enfant sait désormais qu'il n'y a rien derrière la glace.

puisqu'elle lui donne à voir, côte à côte à la sienne, celle de l'autre » (Dolto, 1984, p. 151).

Les caractéristiques de la relation spéculaire se retrouvent dans les comportements de l'enfant à l'égard de son entourage : imitation de l'autre, identification aussi quand, par exemple, il pleure en voyant tomber un autre enfant. « C'est dans l'autre que le sujet se vit tout d'abord et se repère » (Lemaire, 1977, p. 271). Mais, face à ce double, le sujet doit s'imposer, se dégager, gagner sa place, ce qui peut susciter une énorme agressivité (cf. parfois le problème des jumeaux : agression envers un autre trop semblable pour s'en différencier).



IMPORTANT

La période du miroir amorce la subjectivité, nous l'avons dit, par aliénation de l'individu dans l'imaginaire : déjà, sur un plan concret, le reflet (qui n'a aucune existence propre mais qu'il prend pour lui) est extérieur à lui et présente une symétrie inversée.

On peut se laisser prendre « aux pièges du miroir », capté, fasciné par cette image de soi, comme Narcisse finissant par succomber à ce rapport érotique, amoureux de ce double qui l'aliène.

Les troubles psychotiques, selon Lacan, sont à situer dans le fait que le sujet ne peut vivre son corps que sur un mode imaginaire ; les problèmes de l'image spéculaire et du rapport à l'autre s'y révèlent centraux. J.-L. Lang indique que, chez les enfants psychotiques, « tout se passe comme s'il était entre eux et ce qui n'est pas eux, quelque chose qui évoque précisément un miroir ; comme s'ils cherchaient constamment un repère, un appui toujours refusé ; comme s'ils butaient sur un écran ne leur renvoyant que l'aveu de leur propre impuissance » (Palmier, 1972, p. 36).

L'enfant, pour dépasser ce niveau, doit reconnaître cette image pour ce qu'elle est : un leurre, qui certes atteste de sa propre existence, mais qui n'est qu'une copie, une apparence, sans existence communicante. La mère doit aider l'enfant à prendre conscience de cet écart irréductible entre lui et son image, pour qu'il en saisisse le côté irréel, sans céder à l'hallucination. C'est en fait en accédant au *symbolique* que l'enfant peut se dégager de ce mirage : « En s'insérant dans un langage qui lui pré-existe et qui l'intègre dans l'ordre humain, il ne peut plus désormais se confondre dans la réalité avec les fantasmes narcissiques qui le portaient à s'imaginer tel qu'il désirait être » (Dolto, 1984, p. 154).

Le dépassement des identifications imaginaires n'est rendu possible que par la présence d'un troisième personnage : le père⁵ qui, en privant en même temps l'enfant de l'objet de son désir (la mère), et la mère de l'objet phallique (l'enfant), fait entendre impérativement ce qui sous-tend les échanges interhumains. La loi est pour l'enfant : « Tu ne coucheras pas avec ta mère » et, pour la mère : « Tu ne réintégreras pas ton produit. »

En renonçant à la relation duelle imaginaire, le sujet effectue son passage dans la culture, quitte à subir une nouvelle aliénation, *au code symbolique* cette fois (langage, principes qui régulent les systèmes de parenté, ce qui est socialement légiféré, etc.). Mais si, comme le souligne A. Lemaire, « le père castré l'enfant en tant que phallus et le sépare de la mère, c'est la dette, ce qu'il faut payer pour être soi-même en ayant accès à l'ordre du symbole, de la culture et de la civilisation » (1977, p. 142).

Note : Nous retrouvons ici une question déjà soulevée à la suite des réflexions de Wallon sur l'évolution de la conscience de soi : ne risque-t-on pas en effet de tomber dans le *leurre* ci-dessus désigné, en confondant, dans l'autocontemplation de la RD2 A, *soi et image de soi* ?

La très forte régression obtenue en principe à ce niveau de l'entraînement personnel, grâce au laisser-aller total en état sophro-liminal, aboutirait à la possible méprise entre soi et son double imagé, en attribuant une existence réelle à une image corporelle qui n'est qu'*illusion* de réalité, à l'instar de l'enfant donnant à son reflet dans le miroir le statut de réalité ? Quand bien même s'agirait-il de « sortir de soi pour se contempler de l'extérieur » (et non de « se regarder comme si l'on était devant une glace »), le processus mental de base consiste toujours à prendre son corps (son image corporelle) pour objet de concentration.

La conviction finale d'être *en réalité* face à soi-même dépendrait ainsi, selon l'hypothèse qui paraît la plus vraisemblable sur un plan psychologique, du *niveau de régression* atteint, touchant à cette fascination par le double, mentionnée plus haut. Quelle serait alors la valeur structurante d'une telle *autocontemplation* ? C'est le *va-et-vient* réalisé entre son corps *réellement ressenti* et cette image, qui n'en est qu'une *représentation*, qui permet au sujet de mesurer l'*écart* entre l'être et son apparence.

Un individu qui se « perdrait » dans cette image, dans le piège illusoire d'une relation à un autre réel, effectuerait, en suivant ce raisonnement, une expérience dépersonnalisante (même momentanée). Mais, précisément, après ce qu'on pourrait appeler un *bain narcissique*, quand le sujet se retrouve tel *qu'en lui-même*, son identité

.....

5. Qui, en fait a, en principe, toujours été présent dans le discours maternel ; celle-ci, parlant « au nom du père », rappelle l'existence incontournable d'un tiers empêchant la relation duelle exclusive.

se trouve consolidée par le fait même d'être sorti du mirage, en opérant une distinction radicale entre soi et image de soi.

Wilhelm Reich

W. Reich considère le corps d'un point de vue essentiellement *énergétique*. L'origine des névroses serait, selon lui, à rechercher dans une accumulation de la tension sexuelle qui ne peut être suffisamment déchargée. Les interdits, les contraintes, la répression sociale imposent leurs limitations à la fonction de l'orgasme.

L'individu, au cours de son développement, échafaude ainsi une « cuirasse caractérielle » émanant des interdictions, inhibitions et autres identifications provenant des exigences du monde extérieur. Le caractère est perçu comme une cuirasse protégeant l'individu ; cette cuirasse défensive, inscrite au niveau de la psyché, se manifeste dans le corps, aboutissant à une rigidification de l'organisme.

Un être humain équilibré devrait pouvoir pleinement jouir de sa *puissance orgastique*, qui est la « capacité de s'abandonner au flux de l'énergie biologique sans aucune inhibition, capacité de décharger complètement toute l'excitation sexuelle contenue, au moyen de contractions involontaires et agréables du corps » (Reich, 1952, p. 85).

D'après Reich, chez le névrosé, l'énergie sexuelle ne pourrait entièrement se décharger, une énergie résiduelle restant bloquée, constituant une *stase sexuelle*. Cette stase se définit comme étant la différence entre la quantité d'énergie libidinale contenue dans l'organisme avant l'éjaculation, et la quantité libérée lors du coït. La stase apparaît en fait comme le *noyau somatique* de la névrose. L'économie sexuelle désigne « la façon dont un individu manie son énergie bio-électrique, la quantité qu'il retient et refoule, et la quantité qu'il décharge dans l'orgasme » (p. 291).

Le processus névrotique paraît en définitive relever du schéma suivant : les inhibitions extérieures interdisant la satisfaction orgastique, une partie de l'énergie demeure disponible et se décharge en investissement prégénital. La structure névrotique de la personnalité est maintenue dans la mesure où la névrose, empêchant l'orgasme, récupère « à son profit » l'énergie qui lui est nécessaire.

Sans parler des prolongements politiques de la pensée de Reich, l'objectif de sa thérapie est de *rétablir la capacité de la satisfaction génitale orgastique*. « La brèche dans le végétatif⁶ est d'autant plus complète et puissante que nous traitons

.....

6. Végétatif = termes venant des systèmes sympathique et parasympathique.

plus à fond non seulement les attitudes caractérielles, mais – simultanément – les attitudes musculaires qui leur correspondent » (p. 235).

En pratique, c'est en parvenant à dissoudre les raideurs musculaires (la « carapace », l'« armure »), selon certaines techniques propres à la *végétothérapie* que l'affect refoulé surgit et se décharge, avant même le souvenir qui lui est lié.

Comme l'indique A. Nicolas, « l'atteinte de l'expression corporelle, née d'une immobilisation de l'énergie végétative, entraîne le malade à reproduire le comportement qu'il aurait adopté s'il n'en avait pas été empêché : l'inconscient est saisi dans sa réalité et non plus dans ses dérivés » (Nicolas, 1972, p. 16).

Puisque la névrose découle des conflits interdisant le fonctionnement normal du réflexe orgastique, la thérapie vise à rétablir celui-ci. Le réflexe orgastique évoluerait comme une vague d'excitation se propageant dans la tête, le cou, la poitrine, l'abdomen et les jambes.

Les sensations, *parfois très douloureuses*, obtenues en relaxation dynamique dans telle ou telle région du corps, la prise de conscience des tensions, de la raideur corporelle, ainsi que les images, émois, souvenirs, plus ou moins chargés affectivement et suscités par les mouvements proposés, ne manquent pas de rappeler cette approche reichienne, quelque parti que l'on ait pris à vouloir obtenir une détente la plus harmonieuse possible chez nos sophronisants.

ZOOM. Le corps selon Reich

Le corps humain serait formé de sept anneaux segmentaires, l'énergie pouvant être bloquée (*stase*) à chacun de ces niveaux. Par un travail direct sur le corps, consistant à repérer et à dissoudre les « cuirasses » musculaires à l'aide de massages, d'exercices respiratoires, de gestes destinés à ébranler telle ou telle zone de blocage, on va permettre le retour à une libre circulation de l'énergie à tous les niveaux. On va du même coup redonner à l'individu la pleine capacité de jouir de sa puissance orgastique⁷.

Les anneaux identifiés par Reich sont :

- l'anneau oculaire (front, yeux, mâchoires) ;
- l'anneau oral (lèvres, menton, gorge) ;
- l'anneau cervical (cou, langue) ;
- le segment thoracique ;
- le segment diaphragmatique ;
- le segment abdominal ;
- le segment pelvien.

À ces segments, perpendiculaires à la colonne vertébrale, s'ajoutent :

- la partie : épaules, bras ;
- le bassin, les jambes.

.....
7. Cf. Lowen, 1981.

ZOOM. L'analyse bio-sophrodynamique

J.-P. Hubert a saisi tout l'intérêt d'un rapprochement entre les pratiques de la relaxation dynamique et de la bioénergie, synthétisant en une méthode appelée *analyse bio-sophrodynamique* ces deux abords thérapeutiques.

Il décrit (1985, p. 211-212) ainsi le déroulement d'une séance :

- *Processus de sophronisation* : atteinte du seuil sophroliminal, puis reprise mentale ; demi-reprise physique, avec concentration sur le respir ;
- Processus bio-énergétique :
 - respiration contrôlée, bouche ouverte dans une longue expiration ;
 - provocation d'une « ouverture respiratoire » entraînant la perte du contrôle volontaire, puis involontaire du corps, avec apparition de situation anxiogène et ses manifestations ;
 - « crise » par affaiblissement de la structure défensive (au sens reichien) ; expression du désir, de l'agressivité ;
 - l'accompagnateur est à l'écoute de toutes ces expressions, dialogue avec le patient ;
- Phase de reprise :
 - retour à la détente par sophronisation ;
 - reprise mentale et physique ;
 - récupération prolongée et dialogue.

La relaxation dynamique assure, elle aussi, et à sa manière, une possibilité de repérage des zones de blocage énergétique, avant d'entraîner la résolution progressive des *anneaux de la cuirasse* et la sensation de bien-être qui en découle.

3. Bibliographie

- ANZIEU D. (1990). *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- COSTE J.-C. (1989). *La Psychomotricité*, Que sais-je ? Paris, PUF.
- DOLTO F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.
- HUBERT J.-P. (1985). *Traité de sophrologie*, t. II, *Méthodes et techniques*, Paris, Courrier du Livre.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1973). *Vocabulaire de psychanalyse*, Paris, PUF, 4^e éd.
- LEMAIRE A. (1977). *Jacques Lacan*, Bruxelles Dessart.
- LOWEN (1981). *La Bioénergie*, Paris, Tchou.
- NICOLAS A. (1972). *Reich*, Paris, Seghers.
- PALMIER J. (1972). *Lacan, Le symbolique et l'imaginaire*, Psychothèque, Paris, Éd. Universitaires.
- PASINI W. Andreoli A. (1993). *Le Corps en psychothérapie*, Paris, Payot.

- PASINI W. et coll. (1981). *Éros et changement. Le corps en psychothérapie*, Paris, Payot.
- REICH W. (1952). *La Fonction de l'orgasme*, Paris, L'Arche.
- ROSOLATO G. (1971). « Lieux du corps », *Nouvelle Revue psychiatrique*, n° 3, printemps.

Chapitre 9	
Sophrologie en milieu scolaire	188
Chapitre 10	
La préparation aux examens et diverses épreuves	210
Chapitre 11	
Sophrologie pour le sportif	219
Chapitre 12	
Sophrologie pour le jeu de l'acteur	243
Chapitre 13	
Sophrologie auprès de personnes en difficulté d'insertion professionnelle	264
Chapitre 14	
Sophrologie dans le monde du travail	287
Chapitre 15	
Sophrologie en entreprise	295



Partie
3

Pédagogie, vie sociale et professionnelle

Chapitre

9

Sophrologie en milieu scolaire

YVES ROUZIC

> Pourquoi ce chapitre ?

L'école va mal et fait souvent les gros titres des médias, et les gros rassemblements. Être enseignant sans en saigner devient de plus en plus difficile. La mission n'est pas simple : il faut transmettre des savoirs et du savoir-faire mais aussi du savoir être et du savoir créer. Les enseignants ne sont pas devant les élèves pour répondre à leurs désirs mais à leurs besoins pour qu'ils puissent suivre leur chemin scolaire. Face à cette délicate mission les pédagogues doivent se positionner fermement. N'oublions jamais l'étymologie du mot pédagogie. Chez Platon comme chez Aristote le sens est double : l'art d'accompagner les enfants, mais aussi de les conduire et les guider vers le savoir. Cela sous-entend bien que dans ce guidage il y a des contraintes.

Sommaire

1. Introduire la sophrologie au collège.....	189
2. Un exemple de sophropédagogie en classe de collège.....	192
3. Un exemple d'intégration de la sophrologie en classe de collège..	194
4. La sophrologie dans les classes préparatoires.....	199
5. Conclusion.....	201
6. Fiches de relaxation dynamique adaptées à la classe.....	204
7. Bibliographie.....	209

Les contraintes de l'école sont souvent ressenties comme des agressions personnelles par les élèves, les malentendus s'installent et les problèmes de communication

entre adultes et enfants ou adolescents s'accroissent. En plus, un certain nombre d'élèves utilisent souvent face à leurs enseignants des mots pour agresser, rejeter systématiquement, ou même manipuler, plutôt que pour communiquer réellement. Même s'ils sont une minorité ils peuvent déstabiliser et paralyser le travail de la classe. Des enseignants découragés, parfois révoltés ou dépassés devant ces élèves, essaient tant bien que mal de faire avancer au mieux la classe.

Alors dès 1983, sans avoir fini ma formation de sophrologue, il m'a semblé évident que la sophrologie pouvait être un fabuleux outil pour aider les uns et les autres à mieux vivre les longues années à passer ensemble dans les écoles les collèges les lycées et au-delà... C'est au travers de ces longues années que je vous invite à voir une partie des possibles de la sophropédagogie qui mérite bien de s'écrire en un seul mot.

1. Introduire la sophrologie au collège

L'entrée de la sophrologie dans un établissement scolaire ne peut se faire qu'à titre officiel et donc avec l'accord du conseil d'administration, auquel un projet a été soumis avec toutes les garanties de compétence et de sérieux de la personne qui le mettra en œuvre. Si cette personne est déjà dans l'établissement cela facilitera grandement les choses...

Première étape : la création d'un « atelier sophro »

Une campagne d'information est nécessaire : affiches dans les endroits stratégiques (panneaux divers, centre de documentation et d'information, chez les conseillers principaux d'éducation, à l'infirmerie, chez les professeurs, installations sportives...). Il peut aussi y avoir des personnes relais. Les élèves intéressés doivent pouvoir en savoir plus, avec une information détaillée et le lieu et l'heure de la première séance.

Dans ce cadre, il s'agit de groupes d'élèves volontaires qui vont pratiquer des techniques sophro pour des projets de mieux-être, de capacité à se relaxer facilement en toute occasion, de concentration améliorée, de meilleure gestion de leurs émotions, de préparation à des échéances scolaires importantes, etc.

Une évaluation est indispensable pour tout le monde, l'administration, les professeurs et les parents, les élèves et, évidemment, la personne qui anime. Depuis 1984, je n'ai jamais oublié de le faire.

Avant de se lancer dans un projet de véritable sophropédagogie en classe, c'est souvent pour les collègues une manière de se rassurer et de compléter leurs qualités d'animation durant l'année qui précède le vrai projet.

Deuxième étape : la sophrologie comme aide pédagogique dans une classe

Ce qui a été dit ci-dessus reste vrai mais il en faut un peu plus ! Il s'agit là de faire entrer la sophrologie dans la classe en tant qu'aide pédagogique, donc dans le temps d'enseignement. L'inspection pédagogique doit être informée au moins par l'auteur du projet, et en aval il faut rassurer l'institution sur le degré de formation des adultes encadrants (il peut y avoir des personnes non enseignantes, infirmières, CPE, etc.).

CONSEIL

Il est souhaitable qu'un club ou atelier sophro puisse fonctionner en même temps à destination des autres élèves, et c'est souvent le cas entre 12 heures et 14 heures.

Troisième étape : les premiers exercices avec la classe

Si l'enseignant qui débute la sophro avec une classe est en même temps le professeur principal, c'est le cas idéal, il peut commencer dès le premier jour !

Pour ma part, je commence souvent en parlant du bébé qui dort avec le ventre plein, les fesses au sec et qui a eu sa dose de câlins... Tout le monde est d'accord pour situer sa respiration au niveau du ventre. Ensuite j'évoque les vacances, quand on se réveille naturellement et que l'on a passé une excellente nuit... On dit souvent : « J'ai dormi comme un bébé » et effectivement on a respiré comme lui ! Pour conclure, je dis que la vérité respiratoire sort du ventre des petits enfants... et on peut commencer.

Note : Si l'introduction ne se fait pas en début d'année, un retour de vacances ou un événement particulier justifiant une pause relaxation peut servir de bon prétexte pour commencer. Cela peut être : avant un contrôle important, une remise de devoir complètement raté, une heure de vie de classe, ou juste avant un conseil de classe.



CAS PRATIQUE

C'est le cas de deux classes de 3^e du collège de Latresne pendant un stage de sophropédagogie, où les collègues voulaient voir deux manières d'introduire ces techniques.

Je donne quelques explications rapides sur la sophrologie : étymologie en insistant sur *phren* (le « diaphragme » en grec ancien), respiration ventrale, comme

le bébé. Et, puisque nous allons faire de la relaxation dynamique, là encore une précision étymologique sur *relaxe* (« liberté » en latin).

On peut donc définir la relaxation dynamique comme un ensemble de techniques ou de méthodes permettant de retrouver sa propre liberté : dans son *corps* (muscles, articulations...), dans sa *tête* (mental calme, efficace, mémoire aiguisée...), dans son *cœur* (état émotionnel calme, serein, positif).

Cela suffit amplement pour passer tout de suite à la pratique :

- Prise de conscience des différentes respirations : abdominale, thoracique, scapulaire.
- Puis relaxation dynamique 1^{er} degré : équilibre (balancers AV/AR et latéraux), sophronisation simple (parcours de soi de haut en bas), mouvements de tête (oui, non), exercice respiratoire avec dos courbé et nez bouché (tout lâcher à l'expir), moulinets (rotation du bras fléchi et à l'expir, projection du poing en avant).
- Technique statique en position assise : futurisation positive du brevet blanc (dans deux jours) et du brevet fin juin. Fin de séance en se dynamisant par une activation de la respiration, des étirements, et en se souhaitant une bonne fin de journée après avoir répondu au petit questionnaire que je distribue...

Pour la deuxième classe, je ne donne pratiquement aucune explication, et je me mets tout de suite en action pour faire la même séance.

En revanche, changement de thème pour la *technique statique en position assise* : *futurisation positive également, mais il s'agit là de faire son propre bilan trimestriel (le conseil de classe a lieu le soir même). Un peu comme si on était le principal du collège, en train d'examiner le bulletin de cet élève (moi !), et d'écrire l'appréciation finale...*

Durée totale de chaque séance 50 minutes : 10 minutes pour la pratique sophro, le reste pour les explications (avant ou après), les réponses au questionnaire, les échanges entre élèves après la pratique et avec moi à la fin.

Dans le bilan beaucoup de choses sont apparues positives et très semblables pour les deux classes. Les enseignants participants ont été rassurés de voir que la sensibilisation des élèves est simple et que des tactiques différentes sont possibles. Avec ou sans explications la sophro « passe » aussi bien et depuis 26 ans d'expériences je confirme toujours !

Le moment où les élèves se voyaient en train d'écrire l'appréciation finale de leur bulletin a été le moment positif de la séquence. Or, que cela soit en collège ou en lycée, on sait combien les élèves rechignent à s'auto-évaluer, il faut profiter de cette piste pour travailler sur cette prise de conscience.

2. Un exemple de sophropédagogie en classe de collège

Les premiers pas

C'est en 1982-1983 que l'expérience du collège Goya va commencer. Ce collège en plein centre de Bordeaux a la particularité de recevoir 600 élèves de vingt nationalités différentes. Quarante-cinq enseignants y travaillent dont une quinzaine mange à la cantine !

J'y enseigne l'éducation physique et je suis en même temps une formation en sophrologie. J'ai la ferme volonté de faire partager avant les repas mon enthousiasme pour cette discipline en proposant deux séances hebdomadaires. Douze collègues assidus sont ainsi initiés aux techniques sophrologiques. Les élèves profitent aussi de la sophrologie quand nous ne pouvons pas faire cours d'EPS pour des raisons météo (l'établissement n'a aucune installation sportive).

À partir du vécu, exprimé oralement pendant les repas, et de plusieurs questionnaires, un premier mémoire *Sophrologie au collège*, tome I *Les profs* est rédigé. Le futur projet est de faire partager nos acquis à travers la création d'une équipe pédagogique sur le thème : « Mieux vivre sa 6^e grâce à la sophrologie ».

Pendant l'année 1983-1984 les pratiques hebdomadaires continuent, ainsi que des demi-journées de formation le samedi matin pour partager, créer une méthodologie, préparer et affiner des outils d'évaluation et dynamiser nos *terpnos logos*... Pendant le premier trimestre la sophrologie est utilisée le plus souvent possible en EPS, puis dans toutes les matières à partir de janvier 1984. Un deuxième mémoire *Sophrologie au collège*, tome II *Les élèves* relate l'expérience et son évaluation, j'y reviendrai plus loin.

L'officialisation

Après ces deux premières années, avec l'appui solide d'un agrégé d'EPS adjoint des inspecteurs pédagogiques, la sophrologie va montrer le bout de son nez dans la formation continue des profs d'EPS : en trois ans pratiquement tous les districts de la Gironde seront sensibilisés sur un jour et demi ou deux jours. En même temps, l'inspecteur d'académie de la Gironde organise la « pause sophrologique de midi » que je vais animer pendant deux ans. Les deux mémoires « *Sophrologie au collège* » atterriront sur le bureau du recteur, qui m'invitera à en dire un peu plus. L'intérêt manifesté par le recteur pour les diverses applications en milieu scolaire sera à

l'origine de plusieurs initiatives déterminantes. Tout d'abord au lycée Montaigne de Bordeaux, puis au Lycée de Libourne (où un projet sera appliqué à trois classes de seconde), et au Lycée professionnel de Sarlat.

En 1988-1989 la sophrologie s'installe à la Mafpen¹ du rectorat de Bordeaux qui propose deux stages de deux fois deux jours. L'année suivante il y aura à nouveau deux stages de niveau 1 et un stage de niveau 2 de trois jours. L'afflux des demandes sera tel qu'il faudra transformer et multiplier les stages. Ainsi de treize enseignants initiés au collège Goya en 1983-1984 avec 24 élèves et un formateur, on passera dix années plus tard à 83 établissements, plus de 600 enseignants en formation dans leurs lycées ou collèges avec une équipe de formateurs de neuf sophrologues. Un plan académique trisannuel se prolonge même par une quatrième année pour ceux et celles qui veulent rejoindre l'équipe de formateurs, ce qui semble raisonnable après dix-huit jours de stages.

La formation est organisée en réseau académique avec son bulletin très consistant comprenant bilans de stages, réflexions, informations d'autres académies, productions des stagiaires, comptes rendus d'expérience, fiches pratiques de séances, apports théoriques, notes de lectures... Des cassettes audio enregistrées à chaque pratique sont dupliquées et envoyées par le Rectorat à chaque participant de niveaux 1 et 2 pour encourager l'entraînement personnel.

Note : On peut estimer que plusieurs milliers d'élèves ont pratiqué, au moins un peu, la sophrologie dans à peu près toutes les matières d'enseignement, des mathématiques au français en passant par les langues, la musique ou l'éducation physique.

Des résultats encourageants

L'enquête évaluative sur les pratiques sophrologiques d'enseignement et leurs effets sur les élèves a permis d'exploiter cent deux questionnaires à la fin de l'année 1992. Il en ressort que les enseignants utilisent la sophrologie tout autant pour une meilleure réussite globale des élèves que pour viser un mieux-être de tous. Les principales attentes des élèves portent plus sur le mieux-être scolaire que sur les apprentissages. L'adulte quant à lui attend surtout des transformations dans les attitudes, les comportements individuels des élèves, sans pour autant ignorer le cognitif et le relationnel.

La classe est le lieu le plus fréquent des pratiques mais cela n'empêche pas l'existence du « club sophro » dans 25 % des établissements. La sophrologie entre adultes n'est

.....

1. Mafpen : mission académique de formation du personnel de l'Éducation nationale.

pas rare (35 %). L'émulation collective est déterminante au début de l'utilisation de la sophrologie dans l'établissement, et les rares réticences des élèves disparaissent après quelques séances.

Les pratiques, d'une durée de 5 à 10 minutes pour 54 % des cas, sont surtout centrées sur la respiration et le corps dans les premiers essais. Plus tard elles s'orientent vers des objectifs et usages qui visent l'affectif, le cognitif et la créativité. Pour plus de la moitié des enseignants la fréquence des séances est irrégulière. Elles trouvent leur place aussi bien en début de cours (50 %) qu'au milieu ou à la fin, en fonction des besoins.

L'évaluation des effets demeure aléatoire, peu d'enseignants ont envoyé leurs outils de mesure, probablement par faute de temps. Les améliorations annoncées relèvent donc de la plus grande subjectivité. Elles portent essentiellement sur la concentration, l'attention, la motivation, l'écoute des autres, la communication, la diminution du stress, les récupérations émotionnelles et mentales, la conscience et la confiance en soi. Les échecs sont déclarés exceptionnels (2 %) et attribués à des causes liées aux compétences de l'adulte, aux conditions matérielles et au manque de temps.

En tenant compte de tous ces retours le deuxième projet trisannuel 1993-1996 a été élaboré mais, malheureusement, il n'a pas été jusqu'à son terme. Les objectifs de la formation continue ont été revus à la baisse ainsi que les crédits qui lui sont alloués.

3. — Un exemple d'intégration de la sophrologie en classe de collège

Aborder la rentrée scolaire

Étant professeur principal de la classe expérimentale, j'avais préparé pour chaque élève un cahier destiné à noter les différentes impressions après les futures séances de sophrologie, ou après les entraînements personnels grâce aux fiches qui y seraient collées. Le titre de ce cahier est resté en suspens et s'est appelé « cahier de ».

Deux heures très denses pour des 6^e qui doivent apprendre à se repérer dans l'établissement, noter l'emploi du temps et le nom de leurs professeurs. Pour terminer cette matinée je leur ai proposé un petit travail respiratoire qui ne les a pas surpris puisque j'enseigne l'éducation physique.

Exercices de pratique

Nous nous installons en cercle autour des chaises et des tables :

« Je prends le temps de sentir ma respiration du moment, en regardant ma poitrine et mon ventre et en sentant tous les mouvements de l'abdomen, des côtes, des épaules.

Je respire un peu plus fort, toujours en m'intéressant aux mouvements du tronc... puis j'essaie de respirer en mettant une main sur mon ventre et l'autre au creux des reins pour mieux sentir...

J'inspire par le nez comme si je voulais respirer le parfum d'une fleur...

Je souffle par la bouche comme si je voulais faire bouger la flamme d'une bougie...

Je cherche maintenant un meilleur équilibre debout, mes pieds sont écartés juste comme il faut pour être à l'aise...

Je me penche un tout petit peu en avant, en arrière... plusieurs fois...

Je sens ce qui se passe sous mes pieds et je cherche le point d'équilibre...

Puis j'essaie de fermer les yeux, je respire comme tout à l'heure, la fleur, la bougie...

Je me sens bien, avec les bras qui pendent...

Puis, avant de rentrer à la maison, je vais respirer un peu plus fort, serrer mes poings, monter mes bras vers le plafond et bien m'étirer en ouvrant les yeux et en regardant autour de moi tous mes camarades de classe...

Au revoir et à demain pour le premier cours d'éducation physique. »

L'après-midi de ce jour de rentrée était organisée une rencontre parents-professeurs de 6^e. M. le Principal, ayant annoncé l'expérience de sophropédagogie, me donna la parole pour expliquer en quelques mots de quoi il s'agissait. Après ces informations générales chaque équipe pédagogique se retrouvait dans une salle avec les parents. J'eus la surprise de constater que les parents étaient déjà au courant de la séance du matin et qu'ils demandaient des explications. Quelques collègues présents ont pu, avec moi, répondre à leurs interrogations. Dès ce premier jour il m'apparut que les parents présents étaient très favorables à notre projet.

Le premier trimestre ou l'introduction à la sophrologie

Tout le premier trimestre a permis aux élèves d'acquérir un bagage sophro assez conséquent avec tous les exercices classiques de la relaxation dynamique 1^{er} degré.

Dans des séances plus longues, nous avons abordé la relaxation dynamique 2^e degré et commencé à verbaliser un peu plus les fins de séances ou même à en donner des traces écrites. Voici les commentaires d'une de ces séances :

« Je sens que tout est calme, je n'entends pas le bruit des voitures. »

« Quand j'ai fait l'exercice de lever les bras en inspirant, j'avais l'impression de soulever des tonnes. »

« Quand je rabaisse mes mains, elles sont plus chaudes. »

« J'arrive vite et bien à me mettre dans mon paysage. »

« Quand je faisais tourner mes yeux, ça me faisait plusieurs couleurs en même temps. »

« Je me sens bien, je n'entends plus mes camarades, mais j'entends les battements de mon cœur. »

« Pour l'odorat je n'ai pas senti grand-chose mais l'air qui rentre est plus froid que celui qui sort. »

« En passant le bout de ma langue sur mes dents ça m'a fait comme un chatouillement, c'était amusant. »

« Pour le toucher j'ai senti le tissu de ma jupe sans bouger les doigts. »

« Quand on dit de rentrer dans son corps j'ai l'impression d'être un petit homme qui descend des marches et des marches jusqu'à ce que je trouve mon paysage. »

« À la montagne avec la neige, des fleurs magnifiques et des odeurs sensationnelles. »

« C'est coloré ; avec le bruit des gens et des animaux. »

« J'ai vu que cette fois mon paysage avait plus de détails. »

« Je bâille normalement comme les autres jours et tout doucement je reviens en classe. »

C'est aussi dans cette période que j'ai donné des fiches pour s'entraîner tout seul quand on veut. Des parents ont même été initiés à la sophrologie par leurs enfants ! À la fin du trimestre, la plupart des élèves étaient capables de descendre rapidement au niveau sophro-liminal grâce à quelques respirations ventrales, une concentration sur un objet naturel ou sur leur paysage favori, un geste simple associé à cette descente (contact pouce-index). Cette accélération de mise en détente profonde était une condition recherchée pour donner la possibilité aux collègues de se lancer sans risque et sans avoir peur de trop « mordre » sur la matière à enseigner.

À ce stade de l'expérience, avec un *terpnos logos* très simple, chaque enseignant avait un outil à sa disposition pour mieux réaliser sa tâche éducative en s'adressant à

des élèves *entiers*, disponibles, avec des créneaux sensoriels grands ouverts. Les élèves étaient impatients et curieux de faire de la sophrologie dans toutes les autres matières.

Le deuxième trimestre ou l'intégration de la sophrologie dans des cours d'autres enseignants

Pour encourager un peu mes collègues je leur ai proposé d'animer leur première séance.



CAS PRATIQUE

En mathématiques

Cours de 14 heures à 16 heures : pendant la première heure, j'étais au fond de la classe, mon collègue ayant prévenu les élèves du pourquoi de ma présence. La leçon portait sur l'associativité, le cours était intense et très vivant avec questions-réponses et de nombreux déplacements d'élèves vers le tableau.

À 15 heures, à l'annonce de la récré-sophro, je vais devant les élèves et leur propose de fermer les cahiers et les yeux, s'ils le veulent, de bien s'installer sur les bancs et de respirer bien tranquillement par le ventre. Puis avec des gestes simples synchronisés avec la respiration (oscillations de la tête, monter et descendre les bras, soulever et reposer les pieds) entraînant la descente au niveau sophro-liminal, je demande aux élèves de faire retour sur le cours qui vient de se dérouler.

« Je dynamise ma mémoire en me rappelant les définitions que j'ai entendues ou vues écrites au tableau. » Plusieurs têtes se tournent vers le tableau où il n'y a plus rien, quelques lèvres murmurent tout bas la définition.

« Je me sens parfaitement bien, heureux, en pleine forme, finalement, je revois bien le cours et ce n'était pas si difficile. Et puis, c'est vrai, je suis tellement bien que je peux rester concentré encore pour la suite du cours. » « Je respire un peu plus fort, je m'étire, je bâille... et je reprends contact avec toute la classe. »

Cette séance a duré moins de 10 minutes.

« Quand on en a fait en maths, après j'étais plus détendu et j'étais plus tranquille pour mes devoirs. »

En dessin

Cinq demi-papillons sont dessinés au tableau pour montrer des exemples de transformations possibles des différentes parties de l'insecte. Les élèves tracent un axe vertical de symétrie sur leurs feuilles et enregistrent les consignes. Descente au niveau sophro-liminal par un travail respiratoire et quelques gestes.

« Je me transporte dans mon paysage imaginaire, je vois apparaître un papillon, je le laisse évoluer dans l'espace... Je le photographie du dessus quand il a les ailes bien ouvertes... Je contemple le cliché à travers mes paupières closes... Je

me rappelle les consignes imposées... j'imagine le papillon se dessinant sur ma feuille... Je me sens bien et je me sens tout à fait capable de dessiner ce que j'ai vu dans ma tête... étirements bâillements, sourires... » et les élèves se mettent au travail assez calmement. Ma collègue sera étonnée de l'ambiance de travail et de la qualité des productions.

En français

Voici ce qu'un élève a écrit sur la première séance à la suite d'une dictée catastrophique : « Avant de commencer la dictée, on a fait un peu de sophrologie. D'abord il faut se concentrer, les pieds bien à plat, les mains sur la table et on ferme les yeux, chacun s'occupe de soi. On respire et on se souvient des mots qui étaient sur le tableau, on se concentre sur son corps, on va partout, sur la tête, au dos etc. Le dos contre le dossier de la chaise on inspire fort et on s'étire. »

Une amélioration générale : les élèves, les professeurs, les parents...

LES OUTILS UTILISÉS

Pour les deux classes (la classe expérimentale et une classe témoin) nous avons utilisé de nombreux questionnaires. Les questionnaires élèves ont permis d'établir des cibles sociométriques montrant l'évolution des rapports positifs et négatifs entre les élèves tout au long de l'année. Les questionnaires professeurs ont montré l'évolution des conduites adaptatives des élèves face aux apprentissages, et à tous les événements de classe. Un test passé avec la conseillère d'orientation, a rendu compte des évolutions psychologiques des enfants au collège et à la maison. Pour compléter cet outillage, j'ai utilisé aussi les comptes rendus des divers conseils de classe et des réunions parents-professeurs. Enfin, pour la classe expérimentale il faut ajouter l'exploitation de leur « cahier de détente » que je leur ai emprunté pendant les vacances, et le reportage de fin d'année.

RÉSULTATS

Sans rentrer dans les détails, trente-six rubriques ont été analysées, vingt-quatre ont évolué favorablement ou très favorablement pour la classe expérimentale contre neuf pour la classe témoin. Les changements les plus évidents concernent le travail : l'attention, l'efficacité, l'application et le rythme du travail. Dans la vie de classe : une meilleure entente, plus de maturité, élèves plus vivants et autonomes. À la maison : une amélioration nette des rapports familiaux pour les élèves de la classe expérimentale. Les parents ont aussi noté une plus grande application au travail et plus de calme en général.

C'est surtout au premier trimestre que les séances ont été régulières, après elles se sont raccourcies, puis espacées, certains élèves nous ayant dit qu'ils en savaient assez... Les élèves s'emparent très facilement de l'essentiel de la sophrologie, ils sont capables de construire leurs propres séances, ils deviennent autonomes, ils en parlent autour d'eux, jusqu'à initier leurs parents... Et bien après cette année expérimentale, je confirme.

Anne, élève de 6^e, avait donné une jolie définition de la sophrologie sur son cahier : « La sophrologie c'est comme une musique douce, c'est un mode de vie calme et reposant. » J'ai retrouvé Anne en terminale au lycée Montaigne, elle avait bien gardé l'essentiel des techniques apprises six auparavant.

Enfin, je rappelle que le thème de cette expérience était : « Mieux vivre sa 6^e » et pour les élèves comme pour les enseignants le contrat a été plus que rempli. Pour terminer je voudrais que vous imaginiez un cours qui commence juste après les étirements et souvent les sourires des élèves... et de leur prof...

4. La sophrologie dans les classes préparatoires

Après avoir quitté le collège Goya, je suis nommé au lycée Montaigne, à moins d'un kilomètre. J'ai la chance d'avoir carte blanche pour installer la sophro dans ce grand lycée de deux mille élèves dont la moitié est en classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE). La première année fonctionne avec un club sophro le midi, ouvert aux élèves, au personnel enseignant et non enseignant.

Les évaluations de ces séances au troisième trimestre auront comme conséquence d'officialiser un peu plus la sophrologie dans l'établissement puisqu'elle apparaîtra désormais chaque année dans mon emploi du temps : deux heures d'EPS baptisées « Sophro CPGE. » Les séances se sont déroulées de 12 heures à 13 heures et de 18 heures à 19 heures dans de parfaites conditions : gymnase en sous-sol, tapis, chaises. Le midi les élèves d'autres classes ainsi que les membres du personnel peuvent rejoindre les étudiants. La séance du soir est volontairement très semblable à celle du midi, pour permettre un suivi hebdomadaire aux élèves de prépas, souvent pris en interrogations orales le midi ou le soir. Avec eux j'ai pu exploiter les trois degrés de la relaxation dynamique en l'appliquant au plus près de leurs besoins, exprimés souvent aux cours des repas qui suivaient la séance du soir et que je partageais avec eux.

La chaîne de télévision M6 s'est même invitée une année quelques jours avant le baccalauréat. J'ai aussi filmé quelques séances originales, l'une sur la RD2 : un travail sur le toucher où les participants recevaient un morceau de bois de formes et d'essences variées, sauf deux élèves à qui je remettais leurs guitares. Chacun explorait à sa guise l'objet, avec les doigts mais aussi avec le dos des mains, la peau des joues... Après ce travail en position assise, la séance se terminait en position allongée, sauf pour les deux guitaristes classiques, qui ont joué tout en douceur et presque les yeux fermés un petit morceau qu'ils avaient préparé en grand secret. Les impressions des participants étaient très enthousiastes, la surprise étant totale. Pour les deux musiciens, la découverte de leur instrument en conscience modifiée a été une révélation. Ils ont eu aussi l'impression de jouer sur du velours et en synchronisation parfaite.

Tout le travail de RD2 sur les cinq sens permet d'être plus performant au niveau des évocations de situations passées ou futures dans les techniques statiques. En effet nous avons chacun un mode privilégié pour évoquer des images mentales. En schématisant beaucoup, certains vont être plus visuels, d'autres plus auditifs ou kinesthésiques... mais chacun a beaucoup à apprendre en explorant les autres canaux sensoriels.

C'est grâce à ces séances que l'on peut vraiment profiter au maximum de tout le travail sur la mémoire proposé par la sophrologie. En RD3, on utilise deux positions assises différentes. Dans la première, on s'installe juste au bord de la chaise avec le dos droit et une respiration ventrale basse, dans la deuxième on se laisse aller tout au fond en position relax. C'est dans l'alternance de ces deux postures que chacun est invité à revivre des souvenirs positifs (scolaires si possible), dans chaque tiers de sa vie en les évoquant au niveau des cinq sens. Quand ces séances sont bien maîtrisées, on peut aborder une méthodologie pour apprendre ou pour réviser.



GROS PLAN

Résumé de la démarche

1. **Choisir** son texte, cours, fiches ou livre.
2. **S'installer**, se préparer et se relaxer profondément.
3. **Geste d'attention** : assis au bord de la chaise, posture RD3, respiration périnéale.
4. **Apprendre** dans cette attitude, yeux mi-ouverts.
5. **Relax** au fond du siège + *évoocation* de ce que je viens de faire, fixation en y mettant du ou des sens... et *association* avec d'autres connaissances.

6. Idem 3 (après avoir vérifié en lecture rapide que l'on n'a rien oublié) + 4, 5, 6 plusieurs fois en fonction de la durée que l'on s'est choisie.

7. Futurisation positive : se voir en train d'utiliser ces connaissances : interro, examen, concours... et que ça se passe très bien.

8. Désophronisation : étirements les plus agréables possible.

Les séances sur ce thème sont proposées à deux moments de l'année : juste avant les vacances de Noël et d'hiver, car les élèves de prépas travaillent beaucoup, même pendant ces périodes. Par contre ils sont plus libres de leur emploi du temps pour éventuellement adapter le contenu de la fiche précédente. En fait, souvent ils la simplifient ou même l'abandonnent, mais disent avoir apprécié quand même la démarche.

Les années prépas sont vraiment éprouvantes : la quantité de travail, l'énorme pression des interrogations orales continuelles, les stress dus aux échéances des concours, etc. ont une influence négative sur la santé physique et morale de ces étudiants (la baisse d'acuité visuelle est un repère très visible). Il y a parfois malheureusement des drames !

Les nombreux questionnaires que j'ai collectés montrent bien l'impact positif de la sophro sur leur vie : amélioration de la concentration et de la qualité du sommeil, faculté à faire des petites pauses « relax », meilleure gestion du stress et des émotions. Ils disent aussi souvent avoir appris des choses sur eux-mêmes ainsi qu'une plus grande aisance à communiquer.

5. Conclusion

Les difficultés

Il y a évidemment des obstacles et des pièges à éviter lors de la mise en place d'un projet sophrologie dans un établissement scolaire. Il faut convaincre et ce n'est pas le plus simple : la sophrologie est encore entourée d'une « aura » soit ésotérique, soit sulfureuse, soit encore trop médicale ou trop psy...

Il faut bien faire comprendre aussi que les séances avec les élèves sont toujours en groupe et s'incluent dans la pédagogie ; nous ne sommes pas des thérapeutes mais des enseignants avec un plus que nous voulons faire partager avec le plus grand nombre. L'administration de l'établissement doit être convaincue de la crédibilité du formateur. Le projet doit s'installer dans la douceur et sans précipitation. Le

lancement d'un « club sophro » ouvert aux élèves et aux professeurs (avec même en plus infirmières et secrétaires au Lycée Montaigne à Bordeaux), permet une vraie sensibilisation dans l'établissement. Le bouche-à-oreille fonctionne en général très bien !

Il sera temps durant cette année scolaire de préparer le vrai projet avec une équipe pédagogique (trois enseignants pour une même classe me semblent un bon début) qui sera soumis au conseil d'établissement. Si cette même équipe peut être conservée pour une autre classe, il y a une chance supplémentaire de faire du bon travail...

Parfois, avec des classes qui en auraient particulièrement besoin, cela a été impossible. J'ai eu ce cas avec une 3^e particulièrement difficile et contestataire. Malgré des tentatives espacées et prudentes, je n'ai jamais réussi. C'était une CPA, classe préparatoire à l'apprentissage, comprenant en général des élèves en échec depuis la 6^e, et donc très difficiles à aborder même en éducation physique où ils réussissent bien. Mes tentatives sont sans doute arrivées trop tôt dans l'année !

CONSEIL

Il peut aussi y avoir des difficultés avec la classe elle-même. Il m'est arrivé de ne pas pouvoir faire de sophrologie avec certaines classes. Dans ce cas je n'insiste pas et souvent, plus tard, cette classe peut devenir demandeuse grâce aux échos positifs de camarades d'autres sections.

Note : La classe est une entité, on ne peut évidemment pas mettre en dehors les élèves qui ne souhaitent pas participer.

Une stratégie possible est d'accepter leur non-participation, mais à condition qu'ils viennent devant et qu'ils restent silencieux. Ils peuvent lire, réviser et seront peu tentés de perturber les autres. Les raisons de leur non-participation sont en général très floues. Je pense qu'il y a de leur part la crainte de la nouveauté, le manque de confiance, la peur de ne pas réussir à garder l'immobilité et le silence. Mais, très souvent, en voyant les étirements, les bâillements (contagieux) et les sourires de leurs camarades, ils recollent au groupe dans les séances futures.

Surtout les premières fois, il peut y avoir des gloussements ou des rires, il faut continuer comme si ça n'avait pas d'importance, mais si c'est trop fort, on écourte ou on annule la séance en s'étirant et en souhaitant que cela marche mieux la prochaine fois !

Quand on aborde plus tard dans l'année des séances plus axées sur les émotions, des dérapages sont possibles si le *terpnos logos* n'est pas assez ouvert. Pour illustrer, je vais prendre un exemple avec une séance de sophro-stimulation émotionnelle.

Il s'agit, en relaxation profonde, de retrouver un souvenir d'une réussite scolaire passée, pour le revivre au niveau des cinq sens et d'en récupérer les bienfaits pour ma vie scolaire aujourd'hui. Si un élève n'a pas de souvenir positif scolaire, il faut

qu'il puisse se sentir libre de poursuivre sa recherche au-delà de l'école... sur le stade en sport, à la maison pour de la musique ou du bricolage... Il pourra ainsi vivre la séance et retrouver peut-être un peu plus le moral pour la chose scolaire. Cela implique évidemment un *terpnos logos* qui balaye suffisamment large pour laisser ce choix possible.

Et, si un jour en classe vous voyez en fin de séance une petite larme qui a coulé sur une joue, un petit mot rassurant sera souvent suffisant... et, par prudence, une petite discussion au moment de quitter la classe remettra les choses en place.

Il faut se sentir bien soi-même pour se lancer la première fois devant une classe. Vous allez faire la séance avec eux, pleinement, les yeux fermés... Ne trichez pas, ayez confiance en vous, laissez-vous profiter aussi de ce moment partagé... C'est une petite miette de bonheur...

Perspectives

Les apports de la sophrologie dans le domaine du mieux vivre en classe, tant pour les élèves que pour les professeurs, sont largement démontrés. La faculté qu'ont les élèves à s'approprier tout ou partie des techniques proposées est la preuve qu'ils en tirent bénéfice. Leur autonomie va jusqu'à en faire des initiateurs auprès de leurs parents, ou même des animateurs temporaires de clubs sophro, comme au collège de Marciac dans le Gers ou au collège de Saint-Médard-en-Jalles en Gironde.

La posture des élèves en classe invite à un peu d'imagination pour adapter les gestes de la relaxation dynamique. Les enseignants sophrologues doivent s'ouvrir à d'autres disciplines, ils y trouveront de belles phrases gestuelles : dans le yoga et en particulier avec le RYE (recherche yoga éducation), le tai-chi-chuan, le qi gong qui s'installent aussi dans certains établissements, et la kinésiologie. À propos de celle-ci, de nombreux gestes croisés (un bras et la jambe opposée), mais aussi des mouvements oculaires, sont d'un grand intérêt. Non seulement ils éveillent d'autres sensations, mais ils sollicitent en même temps les deux hémisphères cérébraux.

Pour ce qui est des apports de la sophrologie dans le domaine de l'apprentissage, le mariage avec la gestion mentale d'Antoine de La Garanderie permet d'être encore plus efficace. Dès 1990 la Mafpen de Nancy-Metz a proposé des stages « Pédagogie des moyens d'apprendre » avec comme outils la sophrologie et la gestion mentale. Le collège de Latresne en Gironde a également réalisé un projet sur ce thème avec des 6^e et des 5^e.

CONSEIL

L'association de ces deux outils répond parfaitement à la demande de certains stages de formation que j'anime encore dans des collèges.

Le vocabulaire et le contenu proposés par la gestion mentale se retrouvent très bien en sophrologie : *geste d'attention, mise en projet, évocation et fixation des images mentales, réflexion et association, et projection dans le futur.*

La belle aventure de la sophropédagogie dans l'académie de Bordeaux peut servir de piste de réflexion. Elle a montré une grande partie des possibles en classe, et jusqu'où l'institution est capable d'accompagner les projets. Les enseignants sophrologues sont suffisamment nombreux pour lancer des projets sophropédagogiques. Ils doivent se faire connaître non seulement dans leurs établissements, en créant des équipes, mais aussi auprès des organismes de formation de leurs académies. Ils peuvent devenir des formateurs comme le sont devenus ceux de Bordeaux. Ils sont avant tout des pédagogues, habitués à se confronter à des classes souvent difficiles. Ils connaissent les besoins des élèves et les ajustements à faire par rapport aux programmes imposés. Ce sont eux qui seront le plus à même de reprendre le flambeau pour aller aussi loin qu'il y a... déjà plus de trente ans.

6. Fiches de relaxation dynamique adaptées à la classe

Ces fiches ont été largement diffusées dans la revue *Cahiers pédagogiques*.

Fiche n° 1

Et si on prenait le temps de s'installer ?

A – Prenez une bonne position sur la chaise :

- dos et fesses bien appuyées ;
- jambes décroisées, pieds en contact avec le sol ;
- mains posées sur la table ou sur les cuisses ;
- bien confortable... à l'aise...

Je laisse mes yeux se fermer pour ne pas être distrait...

ou, si je trouve cela trop difficile, je fixe un point devant moi...

B – Puis je prends conscience de ma respiration, sans rien y changer... juste pour sentir comment ça se passe... calmement...

C – Et, si je peux, je vais faire descendre ma respiration plus bas dans mon ventre... À l'inspiration mon ventre se gonfle... à l'expiration il se vide...

F – Et, tout doucement, je vais réveiller mes orteils et mes doigts, tendre mes jambes, tirer ma tête et mes bras vers l'arrière, bâiller, me frotter le visage, m'accrocher peut-être un petit sourire... et me préparer à la suite du cours...

Fiche n° 2**Je sens... donc je suis (les bras)**

Début : fiche n° 1, **A** et **B**, avec les mains sur la table.

Puis, je vais faire un tout petit exercice, tout simple : à l'inspiration, quand mon ventre se gonfle, je vais monter un bras à l'horizontale... Je retiens mon souffle, je serre mon poing... et à l'expiration, tout doucement, mon bras descend et se repose sur la table... Je refais deux autres fois avec le même bras...

D – Quand j'ai fini ce petit exercice, j'essaie de trouver toutes les différences qu'il y a entre ce bras et l'autre qui n'a pas encore travaillé... différences de poids, de volume, de température, de longueur, de position, etc.

Puis trois fois je fais la même chose avec mon deuxième bras... (puis retour à **D**).

Enfin, juste avant de sortir de cette mini-relaxation, une seule fois, je fais l'exercice avec mes deux bras ensemble.

Ensuite **F** (fiche n° 1).

Fiche n° 3**Je sens... donc je suis (les jambes)**

Début fiche n° 1, **A**, **B**, et **C**.

Puis, au rythme de ma respiration, je vais faire aujourd'hui un exercice avec mes jambes.

À l'inspiration, quand mon ventre se gonfle, je soulève un de mes pieds d'un ou deux centimètres, juste pour le décoller du sol, je retiens mon souffle... à l'expiration mon ventre se vide doucement et mon pied descend millimètre par millimètre, pour se reposer en fin d'expiration...

Je refais deux autres fois avec la même jambe...

D – ... puis dans l'immobilité retrouvée, pendant que mon ventre respire tranquillement... comme l'autre jour pour mes bras, je découvre de l'intérieur toutes les différences entre les deux côtés...

Ensuite je refais la même chose avec l'autre jambe...

D - Enfin, pour être bien sûr de rééquilibrer mon corps, une seule fois, je fais le même exercice en soulevant les deux pieds à la fois...

Ensuite **F** (fiche n° 1).

Fiche n° 4**Un peu plus de temps pour moi... et pour les autres**

Pratique des fiches n° 2 + n° 3 un jour où l'on a un peu plus de temps.

Fiche n° 5

Bouger ma tête... pour mieux préparer mon cerveau

Je prends le temps de m'installer le plus confortablement possible...

Je laisse ma respiration descendre le plus bas possible dans mon ventre...

Et puis, au rythme de ma respiration, je laisse ma tête se pencher en avant à l'expiration et en arrière à l'inspiration... six fois... Je dis *oui* à ma détente...

Ma tête retrouve son équilibre...

Maintenant, je la tourne à droite en inspirant, j'expire devant, puis j'inspire à gauche j'expire devant et ainsi de suite... six fois... Je dis *non* à mes tensions...

Ma tête reprend sa juste place, mon cou est décontracté, le sang circule, mon cerveau reçoit toute l'énergie nécessaire pour bien me préparer au travail...

Je vais juste matérialiser aujourd'hui le triangle de vigilance : à travers mes paupières closes je regarde le milieu de mon front, un point imaginaire qui est le sommet de mon triangle... puis mon regard intérieur tourne à droite vers la pointe de mon épaule, deuxième sommet de mon triangle... De la même manière mon regard se porte à gauche... troisième sommet de mon triangle.

Je trace, j' imagine ce triangle... Je le vois, je le sens... puis je l'abandonne et...

Ensuite **F** (fiche n° 1).

Fiche n° 6

Corps total... esprit total

Commencer par **A**, **B**, **C** de la fiche n° 1, avec moins d'indications et plus de silences...

Pour mieux approfondir cet état de relaxation, je vais bouger tout un côté du corps pour mieux le ressentir ensuite... À ma prochaine inspiration je vais lever un bras à l'horizontale, soulever de quelques centimètres le pied du même côté et tirer un peu ma tête en arrière... en retenant mon souffle, je maintiens la position, je serre le poing, et, à l'expiration, je descends doucement le bras, le pied, et ma tête reprend sa place...

Je refais deux autres fois à mon rythme...

D – Puis de la même manière je refais l'exercice de l'autre côté, trois fois...

D – Et, pour bien équilibrer mon corps, une seule fois je fais les deux côtés à la fois...

Je perçois mieux mon corps dans la détente... Je porte mon attention vers mon triangle de vigilance... Je le trace mentalement, avant de le dessiner réellement avec mes deux pouces... En respirant tranquillement, je vais tendre mes bras devant moi et ramener mes deux pouces jusqu'à toucher le centre de mon front, sommet de mon triangle...

Puis les deux pouces descendent sur les côtés jusqu'aux pointes des deux épaules...

Enfin, en respirant tranquillement, mes deux pouces tracent la base du triangle jusqu'à se rejoindre au creux du cou... Je reste un moment avec mon triangle... Je peux le voir en couleurs... imaginer un mot de calme écrit à l'intérieur... faire ce que je veux avec...

Puis mes bras se reposent sur la table... Je suis reposé, décontracté, bien... et...

F – en posant le cours qui va suivre...

Fiche n° 7

Vers le niveau sophro-liminal

Choisir peut-être une fin de trimestre, un jour où l'on peut apporter un lecteur de CD et mettre un peu de musique spécifique à la relaxation.

Début *idem* fiche n° 1 **A + B + C.**

Pour approfondir ma relaxation, je vais imaginer que je suis en haut d'un joli petit escalier... À chaque expir je descends une ou deux marches... j'inspire du calme, à l'expir je descends... Au fur et à mesure de ma descente, je me rapproche d'un niveau de conscience tout proche du sommeil... mais je reste quand même vigilant...

Puis tout en descendant au rythme de ma respiration, j'aperçois tout en bas de cet escalier une petite porte... Je m'en rapproche... bientôt je peux mettre la main sur la poignée... (musique très douce et à faible volume).

J' imagine que derrière cette porte il y a un paysage très agréable, réel ou imaginaire...

Je laisse venir... et quand les images sont présentes, je laisse ma tête se pencher en avant... (signal pour l'animateur) si je n'ai pas encore trouvé, je continue à chercher tranquillement... et de toute façon je continue à respirer bas dans mon ventre...

Je remets ma tête en équilibre et... j'ouvre ma petite porte pour contempler vraiment et profiter de mon paysage : formes... couleurs... luminosité... les bruits ou le silence... les odeurs, les parfums... peut-être même des sensations de goût... et enfin le contact réel avec le paysage...

Je vais me souhaiter la possibilité de refaire tout seul des petites pauses sophro quand j'en ai besoin... Pour cela, à l'intérieur de ma séance, il me suffira d'associer ma respiration ventrale calme, mon paysage, et un geste tout simple et discret que je fais dès maintenant : le contact pouce-index d'une de mes deux mains...

Puis, après m'être bien relaxé dans mon paysage, je vais lâcher le contact pouce-index (arrêt possible de la musique). Je laisse s'estomper les images, et, en respirant un peu plus fort, je vais refermer la petite porte et remonter mon escalier...

J'inspire de l'énergie et je monte quelques marches : à chaque inspiration je progresse de quelques marches... Encore une ou deux respirations et je me retrouve tout en haut, plein de vie, là je peux m'étirer du bout des orteils au sommet du crâne et jusqu'au bout des doigts, bâiller, me frotter les yeux, m'accrocher peut-être un petit sourire, avant d'ouvrir les yeux, et de nous retrouver tous, bien, en classe...

(Et comme aujourd'hui nous avons plus de temps je vous invite à échanger entre vous vos impressions...).

Fiche n° 8

Pour des élèves de lycée (au début du 3^e trimestre)***Sophrologie du jeudi à Montaigne***

SOS : équilibre harmonie. PHREN : diaphragme esprit et par extension conscience.

Mais à la définition classique de la sophro : science de la conscience en harmonie, je préfère celle d'Anne, la jeune élève du collège Goya : « La sophro c'est comme une musique douce, c'est un mode de vie calme et reposant. »

Ce que nous faisons le jeudi est de la relaxation dynamique. Relaxer = rendre la liberté. La sophrologie c'est se rendre une triple liberté, corporelle, mentale, émotionnelle. Notre démarche habituelle :

- Retour à soi.
- Équilibre + respiration.
- Sophronisation simple (détaillée) ou de base (plus rapide).
- Un ou plusieurs mouvements symétriques.
- Un ou plusieurs mouvements asymétriques.
- Approfondissement : objet neutre ou mot de calme ou paysage.
- Technique statique : présent, le passé ou le futur.
- Désophronisation et échanges.

1. Retour à soi

Petites claquettes, sauts sur place, mouvement yoga de l'énergie, mouvement *tai-chi*, respiration cosmique du *qi gong*, etc.

2. Équilibre

Balancers AV-AR et latéraux, mouvements en cônes.

3. Sophronisation simple ou de base

- Parcours de soi de haut en bas ou de bas en haut en détaillant son corps en respiration libre.
- Un cycle respiratoire par étage corporel : tête et cou ; thorax + membres supérieurs ; abdomen jusqu'au périnée ; les membres inférieurs ; un dernier cycle pour globaliser tout le corps.

4. Un ou plusieurs mouvements symétriques

Choisir parmi ses mouvements préférés.

5. Un ou plusieurs mouvements asymétriques

Choisir parmi ses mouvements préférés.

6. Approfondissement

- Évocation d'un mot de calme, détente, relaxation... (un mot que « Je » me choisis).
- Concentration sur un objet, si possible proche de la nature et l'évoquer avec les cinq sens.
- Concentration sur un paysage.

7. Quelques exemples

- *Sophro stimulation sensorielle* : au niveau sophro-liminal (NSL), revoir, réentendre, ressentir une émotion positive agréable comme pour la revivre et en rapporter des traces au présent.
- *Sophro neutralisation émotionnelle* : au NSL, revoir, réentendre, ressentir une émotion légèrement désagréable (les premières fois !) et, à l'aide des expirations, en déplacer les manifestations somatiques vers les extrémités ou à l'extérieur.
- *Sophro acceptation progressive* : se voir après une échéance importante réussie dans le futur, en tirer les bienfaits, ramener au présent, puis à chaque entraînement se rapprocher de l'échéance même, puis du jour J, et enfin des jours qui le précèdent.

- *Sophro mnésie libre* : retrouver un souvenir très positif, si possible dans le domaine scolaire, le revivre au niveau des cinq sens et en rapporter les traces au présent.

8. Désophronisation

Réactiver la respiration, s'étirer, bâiller, s'accrocher un petit sourire à l'intérieur ou à l'extérieur, et si l'on a un peu de temps, noter ses impressions.

7. Bibliographie

- ABREZOL R. (1983). *Vaincre par la sophrologie*, t. I, Paris, Vivez Soleil.
- CHALVIN M.-J. (1993). *Deux cerveaux pour la classe*, Paris, Nathan.
- DAVROU Y. (1982). *Les étonnantes possibilités de votre mémoire grâce à la sophrologie*, Paris, Retz.
- ETCHELECOU B. (1996). *Manuel de sophrologie pédagogique et thérapeutique*, 2^e éd., Paris, Maloine.
- GAUTIER P. (2008). *Découvrir la sophrologie*, Paris, Dunod/InterÉditions.
- SALOME J. (2004). *Minuscules aperçus sur La difficulté d'enseigner*, Paris, Albin Michel.
- TROCME FABRE H. (1993). *J'apprends donc je suis*, Paris, Éditions d'Organisation.

Chapitre

10

La préparation aux examens et diverses épreuves

BERNARD ETCHELECOU

> Pourquoi ce chapitre ?

L'application de la sophrologie est pertinente chaque fois qu'il est souhaitable de réduire le niveau d'anxiété, de conserver la maîtrise émotionnelle, de minimiser, dans une situation donnée, l'impact des interférences affectives négatives.

On n'est donc pas surpris de devoir répondre, chaque année en période d'examens, à une demande accrue de consultations pour préparer des candidats à des concours ou autres épreuves. Difficultés de concentration, de mémorisation, problèmes de trac surtout, sont les motifs manifestes des prises de rendez-vous.

La première idée que je voudrais développer, en ce qui concerne ces préparations, est que le sophrologue, aussi compétent soit-il, ne peut aller à l'encontre des désirs profonds du sujet. Un exemple en dira davantage sur ce point.



CAS PRATIQUE

Un jeune homme, décidé à se présenter au concours d'entrée d'une grande École, aussi prisée que prestigieuse se présente comme très anxieux à la perspective de ce concours qu'il devait « à tout prix » réussir. Il avait en effet le plus grand mal à apprendre, à retenir, et au fur et à mesure que l'échéance approchait, son appréhension allait croissant.

Deux entretiens préalables allaient le conduire à remettre lui-même en question l'orientation qu'il prenait. Il s'avérait, à la réflexion, que ses difficultés d'apprentissage et ses tensions provenaient d'une attitude extrêmement ambivalente à l'égard du concours convoité. S'il désirait réussir, c'était pour répondre à un désir paternel pressant ; entrer dans cette école était aussi faire un pas supplémentaire dans un assujettissement à des désirs qui n'étaient pas les siens. Son père l'avait en fait toujours « poussé » dans les études, et il y avait jusque-là fort brillé ; aussi

doué scolairement que désadapté et inhibé dans sa vie relationnelle... Là où ce même père avait échoué, il aurait dû réussir.

On comprenait mieux le sens des tensions accumulées ; le jeune homme décida finalement de prendre un temps pour réfléchir afin de savoir s'il allait ou non se présenter au concours.

Dans un tel cas, le *besoin d'échouer* (pour se poser face à un père ne souhaitant qu'imposer ses désirs) paraissait au moins aussi fort que la *volonté de réussite*. La prise de conscience de ce conflit interne a entraîné la décision d'ajourner la préparation sophrologique, en amorçant un travail d'autonomisation. Que serait-il advenu si l'on était directement passé à la pratique sophronique ? Nul ne peut réellement le dire, mais il est probable que, sous forme de résistances par exemple, les conflits sous-jacents se seraient manifestés.

Ce que l'on a coutume d'affirmer pour l'hypnose vaut autant pour la sophrologie : le thérapeute, ou le pédagogue, ira *jusqu'où le sujet lui permettra d'aller, et seulement jusque-là*.

Si le désir de réussite est profond et authentique, l'activation sophronique va considérablement augmenter les chances d'être « au mieux de sa forme » au moment de l'examen ; dans le cas contraire, si le client le souhaite et si son système défensif le lui permet, l'objectif du suivi se déplace : on va travailler en entretien, ou même avec des techniques plus découvrautes, ce qui bloque l'apprentissage, ce qui gêne la concentration et déclenche des attitudes d'échec.

Note : L'exemple ci-dessus montre qu'il n'est pas exclu, dans cette nouvelle optique, de voir le sujet renoncer de lui-même à un entraînement qui serait fondamentalement incompatible avec des désirs ou des besoins profonds mieux perçus.

À cette réserve près, nous pourrions souvent recourir aux méthodes plus directes de manière très efficace, puisque la plupart du temps les motifs de réussite sont prépondérants.

Il est ainsi courant d'utiliser des SAP dans lesquelles le sujet visualise son succès, s'anticipe tout à fait calme, lucide, efficace, pendant l'épreuve.

Différents comportements peuvent être envisagés, en état sophronique, le sujet se percevant à l'aise aussi bien face à un examinateur compréhensif, qu'irascible ou agressif. On pourra insister sur un vécu de l'épreuve séquence par séquence, du début à la fin, en y intégrant des signes-sigaux conditionnants : « À l'instant même où vous pénétrez dans la salle d'examen, votre calme, votre aisance gagnent encore en intensité. »

Le *terpnos logos* sera naturellement personnalisé, adapté aux points faibles spécifiques à chacun. Tel individu, habituellement vite désarçonné face à des critiques, anticipera des réactions d'indifférence, se récupérant sans problème en cas d'échanges trop acides. Tel autre se percevra, de bout en bout, doté d'une voix tranquille et assurée, la respiration toujours paisible, etc.

Ces techniques sont valables pour toutes sortes d'épreuves dont le facteur commun est l'exigence de régulation émotionnelle. Elles intéressent autant l'artiste en proie au trac que l'étudiant se préparant à un examen, ou le débateur soucieux d'assurer une prestation à la hauteur de ses ambitions.

Le sujet, placé mentalement dans la situation d'examen, s'y perçoit et s'y sent, grâce aux mouvements dynamisants de RD, particulièrement solide et « équilibré » (dans tous les sens du terme), développant sa sécurité interne et même une certaine audace. Ce qui suit est la transcription d'une induction réalisée avec cette méthode pour préparer une élève de conservatoire à l'examen de fin d'année (clarinette). Les suggestions ont été élaborées en fonction des besoins exprimés par le sujet.

CONSEIL

J'opte personnellement assez fréquemment pour une technique tirée de celle que R. Abrezol a mise au point pour le sport en l'adaptant à l'épreuve redoutée. Ce procédé a l'avantage d'ajouter les effets d'une mobilisation énergétique optimale, et ceux de la suggestion imagée pratiquée en relaxation profonde.

Exercices de pratique

Sophronisation de base debout

Chauffage corporel rapide

« Vous approfondissez votre détente en respirant avec votre ventre, d'abord lentement, puis, plus rapidement... afin de bien oxygéner votre corps... pour obtenir un relâchement encore plus complet, physique et mental...

Quand vous le souhaitez, vous retrouvez votre respiration de détente, naturelle, automatique... Sensation de récupération... Et déjà vous pensez à la prestation musicale, que vous devez bientôt accomplir... Vous voyez l'endroit, le cadre où se situe ce concours... Vous anticipez cela dans les moindres détails... La salle avec ses particularités, les membres du jury... le public... Tout en maintenant ce lieu présent à votre esprit... »

Rotations de la tête

« Vous faites des rotations de la nuque dans les deux sens... comme si vous suiviez avec la tête un cercle au-dessus de vous... Tout le corps peut suivre le mouvement... Pendant que vous faites cela, vous vous voyez avant d'entrer en scène...

Votre concentration est excellente... et vous vous rendez compte que vous avez envie de faire ce concours... Un certain plaisir que vous ressentez à montrer ce dont vous êtes capable... Plaisir très fort aussi de la musique... Vous vous voyez, vous vous sentez sûre de vous, et déjà dans l'ambiance du morceau que vous allez jouer... »

Contraction des muscles du cou

« Vous contractez les muscles de votre cou une quinzaine de fois, tout en maintenant l'image de cet endroit... Puis, voici venu le moment d'apparaître sur la scène... Vous sentez très profondément votre détermination... votre calme, votre énergie... Votre concentration augmente encore... tandis que vous sentez une douce chaleur dans tout le corps... dans vos mains, vos doigts en particulier... Détente des doigts... Tranquillité totale... Vous tenez votre instrument à la main... et décidez, quand vous sentez que c'est le moment, de prendre la posture adaptée, sans précipitation, pour commencer votre morceau... »

Geste de pompage

« Maintenant vous allez respirer à fond... puis bloquer l'air, et pomper énergiquement avec vos épaules... Vous retenez l'air quelque temps... Puis vous expirez en vous laissant aller à nouveau, les bras le long du corps... Détente-récupération... Vous avez activé la chaleur de vos bras, de vos mains, de vos doigts... Vous sentez cette chaleur, synonyme de détente, de disponibilité... Vos doigts sont totalement disponibles, au service de votre morceau... Les bras dégagés, libérés de toute tension... Déjà plongée dans l'ambiance musicale du morceau, vous commencez à jouer... Le visage détendu, surtout les lèvres... Votre corps est stable... Les pieds bien campés sur le sol... Absorbée par l'ambiance musicale, vous êtes indifférente à l'environnement... Plongée dans le bain de musique que vous créez vous-même... »

Sauts de polichinelle

« Puis, quand vous le désirez, vous gonflez à nouveau les poumons pour retenir l'air, et sautez sur place, comme un polichinelle... en retenant l'air le plus longtemps possible... Air que vous expulsez quand vous ne pouvez plus tenir...

Récupération... Vous sentez votre énergie... Énergie toujours plus grande... Vitalité... Force... En même temps qu'une grande paix... Pendant que vous jouez, passionnée par votre morceau... À l'aise et passionnée... Indifférente aux spectateurs... Il se peut que vous entendiez parfois du bruit, des murmures... ou au contraire un grand silence... Peu vous importe... »

Moulinets

« Maintenant, après avoir vidé vos poumons, vous respirez à fond, en levant vos bras à l'horizontale... Puis, en rétention d'air, vous faites des mouvements de rotation avec les bras, mouvements de moulinets... Puis, vous expulsez l'air... et retrouvez progressivement votre position initiale... Détente... Vous sentez de nouveau très nettement la chaleur de vos doigts, que vous voyez agiles, totalement disponibles... Sûreté, précision de votre jeu... Vous jouez avec votre cœur davantage encore qu'avec vos doigts... Toute votre affectivité est au service de la partition musicale... Vous vivez tout cela profondément jusqu'à la fin de votre morceau... »

Tension de tout le corps

« Et, à présent, vous remplissez d'air vos poumons... Puis, vous crispez tous les muscles de votre corps... Poings fermés... Tous les muscles, des pieds à la tête... Rétention d'air aussi longtemps que possible, puis expiration... Relâchement total, au bord du sommeil... À la fin de votre prestation maintenant, vous êtes heureuse d'avoir pu exprimer toute votre sensibilité musicale... Heureuse d'avoir mené l'épreuve sans la subir... Totalement satisfaite... Des applaudissements se font entendre, ou non... Aucune importance... Vous êtes heureuse d'avoir joué au mieux de vos possibilités, et avec un plaisir extrême... »

Lever bras

« Vous pouvez maintenant vider vos poumons... et les remplir, en imaginant que vous soulevez de terre un poids très lourd... Vous retenez l'air, en tendant au maximum les mains au-dessus de la tête... Vous forcez beaucoup car ce poids est très lourd...

Tous les muscles du corps sont tendus... Vous supportez ce poids autant de temps que vous le pouvez, avant d'expirer et ramener les bras le long du corps... Vous êtes consciente de tous les mécanismes qui se passent en ce moment en vous... Puissance, maîtrise... Équilibre... dans la tranquillité...

Il vous est possible à présent de faire un récapitulatif des différents moments de ce concours... Enchaîner mentalement les différentes étapes que vous venez de vivre, du début à la fin... Vous pouvez également insister davantage sur tel ou tel point ou moment précis... Prenez le temps qu'il vous faut pour réaliser tout cela... »

Geste de rotations du corps

« Avant d'effectuer un dernier mouvement... que vous visualisez avant de le faire... Vous allez vider vos poumons en vous penchant en avant... Puis vous les

remplissez d'air en remontant votre buste latéralement de façon à ce que vos poumons soient pleins lorsque vous arrivez en haut... Vous faites ensuite deux ou trois tours de rotation avec le buste, en gardant l'air... au deuxième ou au troisième tour, quand vous arrivez en position droite, vous expulsez l'air violemment par les narines, en vous penchant en avant...

Vous gardez ensuite la tête le plus bas possible, quelques instants... Puis vous retrouvez lentement votre position de base... »

Reprise

« Vous allez faire maintenant votre reprise... en dirigeant vous-même votre retour à la réalité extérieure... Avec quelques respirations profondes pour bien retrouver votre tonus... En vous étirant bien... Reprise, à votre rythme, pour revenir en pleine forme... »

Je donnerai enfin l'exemple d'une *préparation pour une opération chirurgicale*, telle que j'ai pu la pratiquer chez un enfant de huit ans.



CAS PRATIQUE

Arnaud

Cet enfant avait déjà subi de nombreuses interventions à cause d'une fente palatine importante. « Enfant calme et raisonnable apparemment, dit la mère, mais en fait très tourmenté. » Celle-ci m'a écrit, après l'opération, pour me faire part de l'impact de la préparation, par comparaison avec les interventions précédentes :

- L'anesthésiste, qui connaissait bien l'enfant, s'est étonné de son calme la veille de l'opération ; il avouera ne pas avoir utilisé tout l'anesthésiant prévu... Les saignements post-opératoires ont aussi cessé beaucoup plus rapidement qu'à l'accoutumée.
- Seule ombre au tableau : le garçon, qui devait passer sept jours en réanimation, a un mauvais souvenir de son séjour dans cette salle où il n'est en fait resté que deux jours, ayant vivement insisté pour regagner sa chambre plus rapidement et retrouver ses parents.
- Enfin, généralement très agressif et très exigeant les deux mois suivant l'opération, notre petit patient a cette fois réussi à conserver sa sérénité pré-opératoire.

Ce résumé fidèle de la lettre de la maman tend à accréditer l'idée d'une influence très favorable, dans son ensemble, de la préparation sophronique. L'impact est parfois moins évident, pour des raisons que l'on commencera à entrevoir dans le chapitre suivant, mais dans une large majorité de cas, l'apport de la sophrologie est très appréciable.

Je reproduis ci-dessous un extrait des inductions formulées en vue de cette intervention, en exposant du même coup une façon d'« improviser » un *terpnos* adapté à l'imagerie propre à l'enfant.

*

Arnaud avait déclaré avant la séance beaucoup aimer le Disney Channel et ses dessins animés. Avant de réaliser sa cassette, lors de la dernière séance, j'ai pris soin de lui en indiquer les grandes lignes, pour qu'il ne soit pas surpris notamment par le passage de l'induction plaisante du début (destinée à le conduire au seuil d'endormissement) à l'évocation, beaucoup plus prosaïque, de son séjour à l'hôpital.

Préparation avant l'intervention chirurgicale d'Arnaud

« Arnaud, tu trouves une bonne position pour te détendre sur ton matelas... Quand tu l'as trouvée, tu peux fermer les yeux... Tu te laisses aller, tu te décontractes, tu te détends... Ta respiration calme, très calme... Tu relâches bien ton visage... ton cou... tes bras... Tu décontractes ton dos, ton thorax... Tu es tout à fait tranquille... Tu perçois le relâchement de ton ventre, de ton bassin... de tes jambes... tout ton corps bien détendu, tu te laisses aller... comme si tu voulais approcher encore plus près du sommeil... À l'aise, relâché, sur ton matelas... complètement détendu... Peut-être sens-tu tes bras un peu plus lourds... (*activation de la lourdeur du corps, de la périphérie – bras, jambes – à la totalité du corps, cf. Schultz*)...

Tu te laisses aller maintenant complètement... et tu profites de cette détente pour laisser venir une image... Tu peux par exemple imaginer que tu es devant ton poste de télévision... Tu t'installes bien dans cette situation, tu te vois devant ton poste de télévision ?

(*Confirmation, avec le doigt*)...

Maintenant tu décides d'allumer la télé... et tu observes l'image qui se présente sur l'écran... Cette image, tu la connais déjà... Tu as déjà vu cette émission... ce sont des animaux du Disney Channel que tu connais bien... Tu les vois très bien, à présent...

(*Confirmation avec le doigt, et description par Arnaud des animaux qu'il visualise*)...

Et maintenant, on va faire comme si tu pouvais aller retrouver toi-même ces animaux, passer de l'autre côté de l'écran... Tu te vois à présent en compagnie de ces animaux, tranquille avec eux... Tu vas passer un bon moment... Partir avec eux dans la forêt... pour faire une belle promenade... une belle balade... Tu te laisses guider par ces animaux, qui connaissent parfaitement la forêt... Tu es en sécurité avec eux... C'est leur territoire... Ce sont tes amis... Ils t'invitent chez eux dans la forêt...

(*Évocation de tout ce qu'on peut voir, sentir, entendre, dans cette forêt*)...

Vous arrivez maintenant dans un endroit où se trouve une maison en bois... On dirait que les animaux la connaissent bien cette maison... Alors tu les suis... Tes

amis décident de rentrer dans cette maison... Ils te demandent si tu es d'accord pour y entrer... Tu es d'accord ?

(Confirmation avec le doigt)...

Alors vous y entrez... Et, tout en entrant, tu t'aperçois qu'il commence à faire un peu nuit... Le soleil va bientôt se coucher... Il était temps d'arriver dans cette maison... Vous vous installez bien au chaud... C'est leur maison, mais tu t'y sens comme chez toi... très, très bien... Vous voilà un peu fatigués après cette promenade dans la forêt... Il commence à se faire tard... et vous décidez de vous coucher... Il y a juste un lit pour toi, tu t'y installes... tandis que les autres animaux sont là, à côté... Ils n'ont pas besoin de lit, eux !... Ils sont tout à côté de toi... Tu entends leur respiration... Ils dégagent beaucoup de chaleur... Tu te sens tout à fait bien pour dormir avec ces animaux, tes amis... Et maintenant, tu les vois s'endormir, les uns après les autres... Et toi-même, tu as envie de dormir, tu as sommeil... Tu es complètement heureux avec ces amis animaux... Le corps bien détendu... Tout près du sommeil... Tu te vois en train de passer une nuit très paisible, profonde... complètement calme... qui te permet de récupérer totalement...

(Signe-signal)...

Cette nuit paisible, tu es capable de la vivre également chez toi quand tu dors. Dès que tu te mets dans ton lit, tu laisses venir ce calme... pour passer une nuit tout aussi agréable, tout aussi reposante, que celle passée dans la forêt, dans la maison des animaux... Un repos complet à chaque fois...

(SAP intervention chirurgicale)...

En particulier samedi prochain (*veille de l'entrée à l'hôpital*)... tu te vois dans ton lit, le soir, en train de t'endormir très calmement (*doigt*)... et passer une nuit comme tu les aimes, bien reposante...

... Et tu te retrouves le lendemain, dimanche matin, après le réveil... Tu sais que c'est le jour où tu dois te rendre à l'hôpital de X... Tu es prêt aussi bien que tu peux l'être... Confiant, tranquille... Tu sais que tu vas faire quelque chose de nécessaire et aussi d'utile pour toi... Puisqu'il faut le faire, tu t'y prépares le mieux possible... Tu te vois maintenant en train de partir avec ton papa et ta grande sœur, à l'hôpital... Tu dois entrer dans un service que tu connais bien, alors tu peux l'imaginer dans le détail... pour bien te sentir dans cette situation... Tu t'y vois bien, tranquille avec ton papa et ta grande sœur... à l'hôpital, tu es rempli de confiance... Peut-être ensuite peux-tu jouer... ou lire sur ton lit... tu vois comment se déroule la journée de dimanche... Sans oublier ta maman, qui doit venir le soir... Tu la vois arriver dans ta chambre... Content qu'elle soit là, rassuré...

Puis, la nuit à l'hôpital, le dimanche soir... une bonne nuit agréable... Tu sais que tu peux avoir totalement confiance, et que le lendemain doit se réaliser quelque chose de très important et très utile pour toi... Après ce bon sommeil, tu es très reposé le lundi matin, journée de cette petite opération... Tu en as l'habitude, mais c'est peut-être la première fois que tu te sens aussi rassuré pour cette journée... Alors tu te retrouves à présent juste avant de passer dans la salle

d'opération (*doigt pour confirmer, insistance sur la confiance, le calme...*)... À présent, te voilà, après l'intervention, au moment du réveil... Tu te sens beaucoup mieux que d'habitude au réveil... Beaucoup mieux... Tu récupères vite... Tu récupères très très vite... et tu as aussi un bon moral... Content que cela se soit passé tout à fait bien... Tu te vois donc après l'opération, en pleine forme... (*doigt*)... Bien... Tu devras passer ensuite une semaine à l'hôpital où tu récupéreras tranquillement ta santé... Des gens viendront te rendre visite... On s'occupera de toi... et quand on ne le fera pas, tu pourras en profiter pour lire, pour t'amuser... Tu dormiras très bien aussi... Tu visualises tout cela... Tout ce que tu as vu maintenant se déroulera d'une façon tout aussi positive pour toi... Tu t'es bien préparé pour que tout se passe bien... Tu es content et rassuré de tout cela...

... Alors, tu peux revenir maintenant dans la petite maison avec les animaux... Tu assistes au réveil des animaux (*doigt*)... Ils sont très contents d'avoir passé une bonne nuit avec toi... Toi aussi tu vas sentir ton corps et te réveiller dans cette maison... Tu vois ton réveil en pleine forme dans le chalet... Puis, vous repartez pour une nouvelle balade dans la forêt avec les animaux... (*doigt*)...

... C'est très bien, maintenant, tu peux laisser de côté toutes ces belles images... et ressortir ici même, à ton rythme, comme si tu te réveillais... Tu ressors, très dynamique, en bonne santé, etc. »

(Reprise classique)

Chapitre 11

Sophrologie pour le sportif

ÉDITH PERREAUT-PIERRE

> Pourquoi ce chapitre ?

La sophrologie est une discipline utilisée depuis une quarantaine d'années par de nombreux sportifs pour leur préparation mentale (Abrezol, 1986).

En quoi est-elle intéressante ? Pourquoi les sportifs font-ils appel à des sophrologues ? Comment le sportif peut-il utiliser la sophrologie et comment le sophrologue peut-il intervenir auprès d'un sportif ? Je vais tenter de répondre à ces questions en illustrant mon propos avec des exemples issus de mon expérience dans ce domaine.

Auparavant, il est nécessaire de cerner les différents champs d'action de la sophrologie. Précisons également que la prise en charge sophrologique du sportif relève d'une part d'une approche du sportif dans sa globalité humaine et sportive, et d'autre part d'une approche systémique, le sportif évoluant dans un environnement particulier avec lequel il est en interaction.

Sommaire

1. Champs d'action et de compétence du sophrologue du sport.....	220
2. Approche globale et systémique de la préparation sophrologique du sportif.....	222
3. Les indications de la sophrologie chez les sportifs.....	224
4. Processus de prise en charge.....	236
5. Contre-indications et limites de la préparation sophrologique du sportif.....	239
6. Quelques avantages à faire de la sophrologie pour le sport.....	241

7. Conclusion.....	241
8. Bibliographie.....	242

1. Champs d'action et de compétence du sophrologue du sport

La sophrologie s'inscrit dans deux champs d'action différents, le sophrologue pouvant agir dans l'un ou l'autre ou les deux selon sa formation et ses compétences : le champ pédagogique de la préparation mentale et le champ thérapeutique de la prise en charge de pathologies.

Le champ pédagogique

Le champ de la « préparation mentale » relève d'une approche pédagogique en vue d'aider le sportif à donner le meilleur de lui-même pour réaliser une performance. C'est le domaine d'action des entraîneurs, éducateurs sportifs, et préparateurs mentaux formés à la sophrologie. Dans ce cas, la prise en charge psychologique¹ se fait en amont, dans l'anticipation. Elle doit être envisagée comme les autres préparations, physiques et technico-tactiques, passant par une période de formation et beaucoup d'entraînement. Cette préparation mentale agit également à titre préventif. En effet, la sophrologie développant chez le sportif une bonne connaissance de lui-même, de ses limites et capacités, il saura se gérer et par exemple s'arrêter avant d'être victime de blessure ou de surentraînement.

L'objectif de la préparation mentale sophrologique du sportif est d'amener ce dernier à mettre au point une « boîte à outils sophro » personnalisée. Le sophrologue est un accompagnateur, un compagnon de route, la préparation mentale est donc une « co-crédation ».

Le champ thérapeutique

Il est réservé aux sophrothérapeutes qui utiliseront la sophrologie pour prévenir et traiter des pathologies soit induites par l'activité sportive elle-même

.....

1. Nous optons pour ce terme générique qui recouvre les deux champs, pédagogique et thérapeutique, ainsi que les aspects émotionnels, cognitifs et comportementaux du fonctionnement humain.

(surentraînement, blessures) soit d'origine extra-sportive (stress professionnel, soucis familiaux, etc.). Cet aspect thérapeutique sera abordé brièvement, notre propos concernant essentiellement la préparation mentale « pédagogique ».

Critères de distinction entre les deux champs

Comment distinguer en pratique les deux champs ? La représentation que l'on a de la personne à qui on s'adresse influence la manière de pratiquer. La pédagogie consiste à enseigner à « un élève », en bonne santé physique et mentale, des moyens pour utiliser au mieux ses ressources en vue d'atteindre ses objectifs sportifs. Le thérapeute s'adressera à un patient en vue d'un traitement.

La manière la plus pratique pour rester dans le champ pédagogique est de ne travailler qu'avec des images et vécus positifs. Éviter de suggérer des images négatives qui peuvent par ailleurs surgir d'elles-mêmes. Dans ce cas, si elles persistent au point d'empêcher le travail intrasophronique prévu, on entre dans le champ de la thérapie.



IMPORTANT

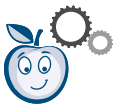
Il existe donc deux grands domaines de compétences que chaque sophrologue devra respecter : le domaine thérapeutique réservé aux thérapeutes tels que psychologues cliniciens ou du sport et médecins, ces spécialistes ayant par ailleurs une bonne connaissance du milieu sportif. Les préparateurs mentaux issus du milieu sportif (professeurs de sport, entraîneurs, etc.) trouvent tout naturellement leur place dans le champ de la préparation mentale sophropédagogique. Thérapeutes comme pédagogues doivent bien sûr avoir suivi une formation sérieuse à la sophrologie (voire à d'autres techniques pour toujours répondre aux besoins du sportif).

Sophropédagogues et sophrothérapeutes ont un rôle précis à jouer qui est tout à fait complémentaire et synergique. Ce fut le cas notamment avec un entraîneur sportif sophrologue. Nous nous sommes réparti les actions : il faisait la préparation mentale et je suivais les joueurs qui présentaient des troubles psychiques (stress invalidant, troubles du sommeil, soucis personnels, etc.).

2. — Approche globale et systémique de la préparation sophrologique du sportif

Approche globale

La performance est liée non seulement aux compétences physiques et technico-tactiques mais aussi au « mental » comme le soulignent classiquement les athlètes. Ces trois compétences sont en interaction et se potentialisent les unes les autres. Si l'une manque, le sportif est « bancal ». Comme nous le verrons plus loin, l'entraînement sophrologique, dont celui utilisant des procédures de répétition mentale, permet au sportif d'améliorer sa technique et de développer des habiletés psychomotrices et cognitives ; par ailleurs l'entraînement technico-tactique et physique renforce la confiance en ses compétences donc le « mental ».



CAS PRATIQUES

Damien

Un bilan au centre médico-sportif a montré que Damien², 20 ans, triathlète, avait un excellent potentiel physiologique qui aurait dû lui permettre d'obtenir des résultats bien supérieurs à ceux qu'il avait. L'entretien a montré qu'il était très stressé avant les compétitions, au point qu'il ne pouvait plus rien avaler avant les épreuves. Quatre séances de sophrologie (sophronisation de base, sophro-acceptation progressive, sophro-programmation du futur et sophro-correction sérielle) ont permis de traiter ces réactions de stress précompétitif et il a « explosé ».

Arnaud

Arnaud, 12 ans, karatéka, est « un peu fainéant » sur les tatamis et souhaite « faire de la sophrologie pour moins s'entraîner », quelques séances plus tard (explications, sophro-acceptation progressive et sophro-programmation du futur), il s'est motivé pour l'entraînement qu'il a suivi avec assiduité et plaisir et a amélioré ses performances.

« Le mental » comprend trois éléments en interaction :

- l'aspect physiologique et émotionnel (ce que l'on ressent) ;
- l'aspect cognitif (ce que l'on pense à partir de ses perceptions, expériences passées, etc.) ;
- l'aspect comportemental (prise de décision, action).

.....

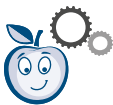
2. Les prénoms ont été changés pour des raisons de confidentialité.

La sophrologie permet d'agir sur les trois versants (par exemple sur les réactions physiologiques de stress, les pensées négatives ou les gestes erronés) favorisant l'évolution dans un cercle vertueux (bonnes sensations physiques grâce à un échauffement sophrologique adapté, « c'est bon, j'y vais », action, réussite) et non dans un cercle vicieux (découragement, jambes lourdes, échauffement succinct, « je n'y arriverai jamais », gestes maladroits, contre-performance).

Approche systémique

La pratique sportive implique le sportif et aussi son encadrement : entraîneur(s), manager, parents, etc. Tous sont concernés par la préparation mentale du sportif. L'idéal est d'agir en synergie avec l'entraîneur. Dans ma pratique, le plus souvent ce sont les entraîneurs qui m'adressent le(s) sportif(s) soit pour traiter un facteur de contre-performance soit pour développer des habiletés mentales. Dans ce cas j'intègre l'entraîneur dans la prise en charge car il apporte alors des informations pertinentes concernant l'athlète. Il arrive que je fasse des séances de sophrologie à l'entraîneur quand les soucis rencontrés par le sportif ont un lien avec lui. Ce fut le cas pour un entraîneur très directif et « contrôlant », conscient de ne pas rendre ses athlètes suffisamment autonomes pour intégrer des équipes nationales (d'où changement d'entraîneur) alors qu'ils en auraient la possibilité. Ces contacts avec les entraîneurs sont indispensables pour bien cerner les objectifs de chacun et parfois, faire comprendre à l'entraîneur que son athlète, malgré un potentiel sportif certain, vise d'autres objectifs (par exemple, réduire l'entraînement ou arrêter les compétitions pour faire des études supérieures). Par ailleurs, j'ai eu l'occasion par divers biais (directions régionales jeunesse et sport, centres médico-sportifs...) de dispenser auprès des entraîneurs des initiations plus ou moins poussées sur la préparation mentale et la sophropédagogie du sport, ce qui est un excellent moyen de créer des liens et des collaborations profitables à tous.

Le sportif évolue dans un environnement familial, amical et scolaire ou professionnel, chaque élément ayant une influence sur les autres. On sait que par exemple des soucis affectifs jouent sur la performance et certains jeunes font du sport pour canaliser leur énergie et être plus calmes à l'école. Lors de la prise en charge sophrologique pour contre-performance, il s'agira de trouver la bonne cause sur laquelle agir.



CAS PRATIQUE

Nicolas, 13 ans, nageur, à la suite d'un déménagement, a du mal à s'intégrer dans sa nouvelle école, ce qui retentit sur résultats sportifs. Nous avons travaillé sur

le stress engendré par le déménagement et ses performances sportives (et scolaires) se sont améliorées.

3. Les indications de la sophrologie chez les sportifs

À quelles attentes le sophrologue du sport peut-il répondre et comment ? Certaines indications entrent dans le champ pédagogique de la préparation mentale sophrologique. D'autres indications relèvent du « soutien psychologique³ » et de la prise en charge psychothérapeutique. Enfin certaines indications peuvent s'inscrire dans les deux champs, à chaque sophrologue de savoir jusqu'où il peut aller, comme c'est le cas pour la gestion du stress.

La préparation à l'action

Bien que la prise en charge sophrologique du sportif commence le plus souvent par l'apprentissage de la Sophronisation de Base et autres techniques de relaxation, il est important de présenter cette indication pour plusieurs raisons. Tout d'abord cela correspond à une demande fréquente des sportifs et surtout, on rencontre des sophrologues (et autres spécialistes de préparation mentale) qui ne proposent pas (ou mal) de techniques pour se dynamiser immédiatement avant l'action si bien que de nombreux sportifs, livrés à eux-mêmes pendant les compétitions ne savent que passer par une relaxation qui, entraînant hypotonie musculaire et hypovigilance, est responsable de contre-performance.



CAS PRATIQUE

Paul, 30 ans, pratique la course d'orientation au niveau international quand il vient consulter : « Je viens vous voir parce que j'ai fait de la sophrologie pour me préparer aux compétitions. En effet, mes adversaires savent ce qu'il faut me dire pour que je m'énerve et perde mes moyens. Il y a un mois lors d'une compétition nationale, j'ai tenté de contrer ça en me disant : "Calme-toi, tu as fait de la sophrologie, applique ce que tu as appris." J'ai fait une sophronisation de base et j'ai imaginé que je gagnais. Je suis parti zen, je trouvais bien toutes les balises,

.....

3. On peut distinguer le « soutien psychologique » correspondant à la prise en charge de petits troubles psychologiques rapidement résolus mais restant du domaine de la thérapie et la psychothérapie pour des pathologies psychiques importantes exigeant une prise en charge plus longue. Cette distinction est tout à fait personnelle. Elle me permet de dédramatiser auprès des sportifs une action thérapeutique pour des troubles mineurs et de les rassurer sur leur état psychique.

les autres me dépassaient, cela m'était complètement égal, j'avais bien les jambes lourdes mais "pas grave". Quand je suis arrivé, j'ai été abasourdi par ma performance lamentable. Je pense que je n'ai pas fait ce qu'il fallait. »

Des témoignages de ce type, j'en ai plusieurs par an, quel que soit le niveau du sportif. Une des principales causes d'échec de la préparation mentale lors des compétitions est en rapport avec une relaxation réalisée immédiatement avant l'action. Il est nécessaire de bien expliquer cette « précaution d'emploi » aux sportifs. Parfois, la première technique à apprendre est la désophronisation puis très rapidement l'échauffement sophrologique.



GROS PLAN

Techniques de préparation

En fait, il faut distinguer deux types de préparation à l'action :

- **La préparation sophrologique pour l'action**, c'est-à-dire pour atteindre ses objectifs et réussir ses compétitions en optimisant ses potentiels physiques et technico-tactiques. C'est une préparation à long terme, à distance de l'action. Elle se déroule dans les semaines et les jours précédant l'épreuve selon le processus d'apprentissage et d'entraînement.
- **La préparation sophrologique de l'action** par un échauffement sophrologique immédiatement avant l'épreuve.

La différence entre le protocole de mise au point (« préparation sophrologique pour l'action ») et l'échauffement sophrologique (« préparation de l'action ») réside dans le fait que la mise au point se réalise au niveau sophro-liminal qui permet, comme on le sait, de réaliser un bon travail intrasophronique.

Fiche

La préparation sophrologique pour les sportifs

Pendant l'échauffement sophrologique précompétitif (ou pré-entraînement), il n'y aura pas de sophronisation de base mais une régulation du niveau d'activation physique et psychique (faire baisser la pression si agitation, énervement, etc. ou mobilisation, pour faire remonter la pression au bon niveau si sensations de lourdeur, mollesse, découragement, etc.) afin d'être à un niveau d'énergie (psychique et physique) compatible avec l'action.

L'échauffement sophrologique se fait dans les minutes qui précèdent l'action, dans les vestiaires. Il sera complété éventuellement par quelques mouvements d'échauffement et/ou une respiration dynamisante sur le terrain au moment du départ. Cet échauffement peut être

statique et/ou dynamique (Perreaut-Pierre, 1997). Chaque sportif mettra au point son protocole personnel accompagné par le sophrologue. L'échauffement sophrologique dynamique peut être directement inspiré de la relaxation dynamique 1^{er} degré (Abrezol, 1986), avec l'intention de s'échauffer, donc les mouvements sont dynamiques et puissants. Le plus logique est de reprendre l'échauffement habituel du sportif (après s'être assuré qu'il était efficace) en y appliquant les principes de la relaxation dynamique.

Le sportif exécute ses mouvements d'échauffement en sophro-respiration synchronique et pendant les phases de récupération, il fait un travail à base d'imagerie mentale et de dialogue interne pour aborder positivement l'épreuve (Perreaut-Pierre, 2000). Lorsqu'il échauffe les bras par exemple : il imagine (voit, ressent) des gestes techniques précis et parfaitement bien exécutés avec les bras, même chose pour les jambes. Quand il échauffe le corps dans sa globalité, il imagine des séquences gestuelles, des phases de jeu ou l'épreuve en totalité s'il en a le temps. Attention, prévoir l'imprévu. Pendant cet échauffement, le sportif peut imaginer différentes stratégies en fonction du jeu habituel de son adversaire, mais il ne contrôle pas ce dernier, tout peut arriver et des sportifs ont été « limités », « rigidifiés » et déstabilisés par un cas de figure non prévu. Pendant la séance il est souhaitable de faire une suggestion du type : « et s'il arrive un imprévu, j'ai les compétences, les savoir-faire et les ressources nécessaires pour y faire face et trouver une solution ».

Le sportif peut selon les disciplines, opter pour un échauffement sophrologique statique, en position assise ou debout, comportant généralement des exercices de respiration dynamique (Perreaut-Pierre, 1997) et un travail de répétition mentale de l'épreuve, de séquences techniques particulières, d'une phase de jeu ou d'un geste précis. Respirations et imagerie mentale amènent le sportif dans un état psychologique favorable (lucidité, énergie, calme, sérénité, puissance, combativité, envie, plaisir, etc.) tout en préservant un niveau d'activation physiologique propice à l'action qui a peut-être été obtenu suite à un échauffement classique. Ce type d'échauffement est intéressant pour les sports de précision, nécessitant essentiellement des ressources attentionnelles importantes comme les tirs.

Renforcer la confiance en soi, aborder positivement les événements et partir gagnant

Le sportif doit non seulement se préparer aux compétitions mais aussi, il peut se préparer aux entraînements qui peuvent être difficiles, fatigants et parfois déplaisants comme la préparation physique générale (PPG).



CAS PRATIQUE

Jérémy, 12 ans, se dispute avec son entraîneur car il refuse les séances de musculation et ne vient que pour patiner. Nous avons travaillé au niveau sophroliminal sur le plaisir et les bénéfices qu'il pouvait retirer de la musculation, notamment plaisir de sentir son corps et d'améliorer ses perceptions corporelles pour mieux contrôler ses mouvements et ainsi progresser sur la glace. Les

séances statiques avec sophronisation de base ont été complétées par des exercices de relaxation dynamique 1^{er} degré.

Pour renforcer la confiance en lui, le sportif pourra utiliser la sophro-acceptation progressive et la sophro-mnésie positive pendant lesquelles il vit des expériences positives.

Pour aborder positivement les événements et partir gagnant, une méthode sophrologique s'est révélée particulièrement efficace. Par commodité, nous l'appellerons « préparation mentale de la réussite » ou PMR.

Fiche La préparation mentale de la réussite (PMR)

Cette technique fait partie, avec la respiration contrôlée et la sophronisation de base (ou autre relaxation adaptée) de la « boîte à outils sophro » de base, que ce soit pour la préparation mentale ou l'approche thérapeutique.

Le protocole

Au niveau sophro-liminal, définir précisément l'objectif (telle compétition, entraînement à telle heure et tel endroit, etc.), sophro-acceptation progressive (SAP), sophro-programmation du futur (SPF), sophro-acceptation progressive à nouveau (récompense des efforts fournis). Terminer en ramenant « ici et maintenant » tout le vécu puis par une désophronisation.

La première SAP est facultative ; elle est indiquée pour renforcer la confiance en soi (partir gagnant). La SAP seule ne suffit pas, pour réussir il faut travailler, s'entraîner, s'impliquer donc la SPF est l'élément le plus important de la séance. Précisons qu'en sport, la SAP consiste essentiellement à imaginer le plaisir et la fierté d'avoir donné le meilleur de soi-même. Le sportif pourra également imaginer qu'il a obtenu les mêmes résultats qu'à l'entraînement en termes de chrono, de points ou de distance. En revanche, il n'est pas conseillé de lui suggérer une place précise s'il y a des concurrents de même niveau que lui. Le travail intrasophronique se réalise toujours par rapport à soi, on imagine ses propres sensations, pensées et comportements et non ceux des autres.

La sophro-programmation du futur (SPF)

Elle consiste à imaginer les différentes étapes et actions à mener ou les objectifs intermédiaires à atteindre pour réussir. Le travail mental peut au début, être orienté vers des stratégies d'organisation par rapport à l'emploi du temps (scolaire ou professionnel) et aux rythmes biologiques⁴ (un sportif du matin s'entraînera en endurance par exemple avant d'aller à l'école). Ce travail mental peut comporter des séquences de répétition mentale pour

.....

4. Au cours de la préparation mentale il est important de consacrer quelques séances à la nutrition et au sommeil même pour les sportifs n'ayant pas de souci particulier dans ces domaines. Cela fait partie de la préparation globale de sportif et de son hygiène de vie.

améliorer un geste, une tactique, etc. Le sportif vivra au cours de ce travail intrasophronique les qualités psychologiques nécessaires : calme, sérénité, lucidité, énergie, combativité, puissance, efficacité, maîtrise, compétence, assurance, plaisir, fierté, plaisir d'avoir donné le meilleur de soi-même (etc.). C'est au cours des dialogues pré – et post-sophroniques que le sportif exprimera ses besoins et apportera le vocabulaire adéquat.

La programmation

Quand les séances ont lieu plusieurs semaines ou plusieurs jours avant l'épreuve, la programmation pourra comprendre plusieurs objectifs intermédiaires y compris éventuellement la compétition puis terminer cette phase en insistant sur l'objectif le plus proche (par exemple, entraînement du lendemain avec ses spécificités). À l'approche de la compétition et en particulier la veille, la SPF consiste à imaginer le déroulement parfait de l'épreuve (en corrigeant les erreurs s'il y en a qui viennent à l'esprit). Le sportif peut vivre l'ensemble de la compétition ou des séquences qui nécessitent une attention particulière car difficiles ou stressantes ; l'important est qu'il imagine les événements de manière juste (bon geste, bon chrono, bon timing, bonnes distances) et réaliste.



CAS PRATIQUE

Julie, 16 ans, sport-études pentathlon, suit un entraînement sophrologique régulier (une séance par semaine avec son groupe). Au cours d'une séance, elle prépare une compétition d'équitation. Lors du dialogue post-sophronique elle me dit que, pendant son travail intrasophronique, elle s'est vue tomber au franchissement d'un obstacle. D'elle-même, elle est remontée à cheval, a franchi à nouveau l'obstacle plusieurs fois jusqu'à ce qu'elle le sente bien, puis a revisualisé l'épreuve sans faute. Le dimanche suivant, elle a parfaitement réussi son parcours.

Ce cas montre que les sujets entraînés à la sophrologie savent maîtriser le travail mental. Si elle était restée sur cette chute il aurait fallu refaire une séance sophronique. Par ailleurs, les garçons de son groupe préparaient une compétition d'escrime.

On peut tout à fait faire des séances de groupe à plusieurs sportifs ne pratiquant pas la même discipline. Le sophrologue pourra s'adresser à chacun au cours du travail intrasophronique sans problème, les sujets non concernés par une suggestion ne la prennent pas en compte et « n'entendent » que ce qui leur convient.

Chaque étape (définition de l'objectif, SAP et SPF) peut être l'occasion de faire un travail intrasophronique spécifique et peut nécessiter des séances particulières comme le montre le cas de Christophe.



CAS PRATIQUE

Christophe fait de la gymnastique sous l'impulsion de ses parents (son père rêvait d'être un gymnaste de haut niveau⁵). Ils me l'adressent pour qu'il améliore ses résultats. Lors de la séance consacrée à la SAP, impossible pour lui de cerner clairement l'objectif. La pensée : « J'ai ma compétition dimanche » générerait angoisse et idées négatives qu'il a exprimées pendant le dialogue post-sophronique nous amenant à travailler non sur l'amélioration des performances mais sur « comment dire à mes parents sans les fâcher que je ne veux plus faire de gymnastique mais du foot ».

Ce cas est l'occasion d'évoquer les changements d'objectifs qui peuvent parfois chagriner les parents ou fâcher les entraîneurs. Il est nécessaire alors de rencontrer entraîneurs et/ou parents pour les aider à accepter le choix du jeune.

La première SAP est facultative :

- soit parce que c'est parfaitement clair pour le sportif qui est confiant et serein par rapport à l'épreuve, il n'a alors pas besoin de la faire à chaque séance ;
- soit il ne « voit rien » ou cela génère des sensations et pensées négatives.

Dans ce dernier cas, s'il est à plusieurs semaines de l'épreuve, il passera directement à la mise en place des moyens pour réussir et quand il aura développé des compétences physiques et technico-tactiques qui lui donneront un sentiment de compétence, il imaginera plus aisément la réussite par la suite. On pourra également consacrer quelques séances pour travailler sur les images et pensées négatives (sophro-mnesie positive, exercice de la cible ou du sac décrits plus loin). C'est ce que l'on fera aussi si la SAP est difficile la veille de l'épreuve. Avec l'entraînement le sportif apprend à se connaître et comprend facilement s'il est prêt ou non ; il envisagera alors comment se préparer mentalement (physiquement et techniquement) pour les compétitions suivantes, en restant motivé et serein.

Favoriser la récupération

Après une activité intense (où quand c'est l'heure ! le soir, à la sieste...) une sophronisation de base (ou une relaxation personnalisée) va permettre un retour au calme

.....

5. Ce cas de figure est relativement fréquent. La plupart du temps les jeunes s'approprient le choix de leurs parents quand ils ont de bonnes performances. Cela leur permet d'avoir des relations familiales harmonieuses et équilibrées, ce qui est le plus important pour eux. En revanche, pour certains c'est une véritable contrainte, voire un véritable calvaire, et la prise en charge sophrologique devra inclure les parents. Cela porte parfois ses fruits (réorientation du jeune vers une autre activité, sportive ou non), parfois cela n'aboutit pas et sportif comme parents arrêtent la préparation mentale qui ne correspond pas à leurs attentes, à leur rêve.

et une récupération plus rapides⁶. Cette sophronisation de base est le point de départ de toute prise en charge sophrologique d'un sportif puisqu'elle favorise un travail intrasophronique pertinent (Etchelecou, 2007 ; Abrezol et Hubert, 1985). Pour reprendre une métaphore « agricole », la sophronisation de base prépare le sol pour que les semences que sont les autres techniques donnent les bonnes récoltes (objectifs atteints). Comme l'agriculteur, le sportif doit labourer et travailler le sol suffisamment, de la qualité de son travail dépendent ses résultats. Il doit également patienter le temps nécessaire pour tirer les fruits de ses efforts et ne pas attendre des miracles.

La sophronisation de base peut être un but en soi : récupérer, voire favoriser, l'endormissement, le sujet peut alors évoluer du niveau sophro-liminal vers le sommeil. Elle est surtout utilisée comme moyen pour faire un travail mental au niveau sophro-liminal. Quand il s'installera pour une séance d'entraînement personnel, le sportif devra avoir une intention précise afin de ne pas faire d'erreur ; par exemple : s'endormir (parce qu'il est fatigué) alors qu'il voulait préparer une compétition.

La désophronisation mérite quelques précisions.



GROS PLAN

La désophronisation

Les séances se font généralement en état de détente (sophro-liminal) qui entraîne hypotonie musculaire et hypovigilance. Si le sportif doit rentrer chez lui à vélo par exemple ou en voiture, il faudra s'assurer qu'il a fait une désophronisation complète pour qu'il n'ait pas d'accident parce qu'il « était ailleurs » ou à cause d'un ralentissement des réflexes. Il faut compter cinq à trente minutes après une séance pour être dans un état d'activation efficace pour agir. Donc quand le sportif veut faire seul une séance passant par une relaxation, il doit disposer d'une heure environ.

Gestion du rythme activité-repos

Nous voyons donc que le sportif apprend à mieux récupérer, quand il en a l'opportunité et à se dynamiser quand il doit agir. C'est en apprenant à se connaître qu'il saura mettre en œuvre la bonne technique sophrologique pour atteindre le résultat souhaité. Si le sportif se sent très fatigué, incapable de faire quoique ce soit, il sera

.....

6. Voir Durand De Bousingen (1971) pour découvrir tous les effets bénéfiques des relaxations.

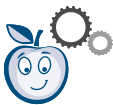
peut-être plus judicieux pour lui, afin d'éviter une blessure par exemple, de consacrer un moment à une sophronisation de base récupératrice, suivie éventuellement d'une sophro-acceptation progressive et/ou d'une sophro-programmation du futur et d'une désophronisation. S'il s'apprête à s'entraîner ou à faire une compétition, il fera un échauffement sophrologique pour se mettre en condition.

Se motiver et lutter contre le découragement

Là encore la technique privilégiée est la préparation mentale de la réussite avec SAP et SPF, le discours étant orienté vers les facteurs de motivation (motivation intrinsèque, plaisir, sentiment de compétence, sentiment d'intégration à l'équipe) (Fleurance et Thill, 1998 ; Thill et Vallerand, 1993). La motivation est un des chapitres des initiations faites aux entraîneurs.

Il est également intéressant de faire comprendre au sportif que l'on apprend de ses erreurs en trouvant les éléments positifs d'un échec. Au niveau sophro-liminal il travaillera pour mieux trouver les réels avantages de l'échec ou pour trouver comment tirer parti de son échec et le transformer en tremplin. Il pourra également corriger ses erreurs techniques ou stratégiques en répétant les gestes jusqu'à ce qu'ils soient parfaits et automatisés ou en imaginant différentes stratégies possibles. (Et c'est moins fatigant que de recommencer sur le terrain au point d'être contre-performant !)

Pour compléter, il sera parfois utile de faire appel à la sophro-mnésie positive qui consiste à faire revivre au sportif une ou des actions qu'il a su parfaitement réussir par le passé. Cela peut être en rapport avec le sport pratiqué ou non.



CAS PRATIQUE

Patrick, 40 ans, a été international de handball une quinzaine d'années plus tôt. Depuis un an, il s'est mis au golf. Il suit depuis plusieurs mois un entraînement sophrologique régulier ayant pour objectif « d'être bien dans sa peau et dans sa tête ». Un jour, il décide de consulter parce qu'il a une compétition de golf le surlendemain et il veut « montrer ce qu'il vaut ». Au niveau sophro-liminal, je lui suggère de revivre une compétition de handball qu'il a particulièrement réussie. Je le laisse quelques minutes faire son travail d'imagerie intrasophronique que je suis en observant son visage (serein, souriant, détendu). Je ne dis rien puisque je ne connais pas la situation qu'il a choisie. Lors du dialogue post-sophronique il me dit qu'il a revécu un match où il a lancé « comme un dieu ». Nous n'avons pas ce jour-là évoqué le golf, ni fait de sophro-acceptation progressive, ce qui aurait été une possibilité. Il a gagné sa compétition le dimanche suivant.

On voit à travers ce cas pratique que plus les sportifs sont entraînés à la sophrologie moins le sophrologue parle, il donne juste quelques clés pour stimuler les capacités imaginatives du sportif qui sait mieux que le sophrologue ce qu'il doit faire.

La sophrologie est également intéressante en cas d'arrêt sportif (blessure, surentraînement, en intersaison). Grâce à des procédures de répétition mentale ou de PMR le sportif garde ses sensations, maintient un certain niveau technique et tactique et reste ainsi motivé.

Développer des habiletés techniques, tactiques et cognitives

Le développement de ces habiletés passe par une bonne connaissance de soi que favorise l'entraînement sophrologique dans son ensemble à travers la prise de conscience des sensations et le vécu intrasophroniques. Par ailleurs, le sportif se découvre des capacités parfois inconnues et étonnantes de créativité et d'adaptabilité.

L'imagerie mentale favorise l'acquisition d'habiletés motrices à composante cognitive et visuo-spatiale, particulièrement à travers des procédures de répétition mentale (Denis, 1989 ; Fleurance et Thill, 1998).



INFOFLASH

Il a été démontré (Le Scanff, 2005) par ailleurs qu'un état de relaxation et un abaissement du niveau de vigilance favorisent la production et le temps de maintien des images permettant de travailler avec. C'est la raison pour laquelle la sophrologie est intéressante à travers notamment la sophronisation de base ou encore les relaxations dynamiques. La sophronisation de base permet une « réorientation de la conscience » vers une « hyperconscience » ou « conscience élargie »⁷ et une disponibilité de l'esprit favorisant la création d'images adaptées aux objectifs du sportif. La RD1 rend de grands services pour améliorer le schéma corporel et développer une meilleure coordination motrice, une gestuelle fluide et efficace. La RD2 développe les habiletés cognitives

.....

7. Actuellement de nombreux travaux sont menés sur la méditation *mindfulness*. On retrouve des similitudes à la sophrologie.

comme la perception (RD2 b) ou la concentration (exercice de concentration sur l'objet de la RD2a) donc la capacité à prendre rapidement des décisions, aptitude primordiale dans certains sports.

Favoriser les relations au sein de l'équipe, la cohésion et la synergie dans l'action

C'est l'entraînement sophrologique en équipe qui permet essentiellement de développer des relations harmonieuses au sein du groupe et d'apprendre à jouer ensemble. Cela se fait le plus souvent de manière indirecte, c'est-à-dire que ces aspects relationnels et synergiques ne sont pas clairement exprimés. Les sportifs viennent en général dans le cadre d'une préparation mentale générale. C'est au fur et à mesure des séances sophrologiques que, lors des dialogues pré et post-sophroniques, les athlètes apprennent à se connaître et à mieux se comprendre. Il arrive ainsi que des conflits liés à des interprétations erronées de comportements ou des non-dits se résolvent aisément. Pour certains sports d'équipe où chaque coéquipier a un rôle précis à jouer, un positionnement particulier par rapport aux autres (chute libre par équipe, voltige aérienne...), le travail intrasophronique consiste à faire une répétition mentale très précise du positionnement de chacun pendant le déroulement de l'action. Ce type de séance est le plus souvent fait par l'entraîneur sophrologue (ou le leader) qui dirige les partenaires comme un chef d'orchestre.



IMPORTANT

On voit donc l'intérêt d'une préparation mentale collective orientée vers l'apprentissage de techniques sophrologiques de préparation mentale, complétée éventuellement par une action individuelle auprès de sportifs présentant des problèmes particuliers ne pouvant être abordés en groupe.

Prise en charge des troubles psychopathologiques du sportif

Toutes ces indications décrites relèvent du champ pédagogique de la préparation mentale. Lors des consultations en centre médico-sportif, les médecins ou psychologues peuvent être amenés à faire passer des questionnaires psychologiques et/ou de surentraînement. Il arrive alors que des pathologies psychiques soient détectées

nécessitant, en complément parfois d'un traitement médicamenteux, une prise en charge psychothérapeutique. La sophrothérapie peut tout à fait répondre à cette exigence de soin. Elle n'est pas développée ici car elle est du même registre pour le sportif que pour tout patient. Voyons quelques pathologies rencontrées chez les sportifs.

Fiche Pathologies des sportifs

Les douleurs chroniques

Ce sont souvent des séquelles de traumatismes importants ou liées à des microtraumatismes répétés.

Les dépressions

Elles sont souvent liées souvent à une surcharge de travail (activité sportive intense associée à une activité étudiante ou professionnelle importante et/ou stressante) qui, combinée à des contre-performances sources de frustration, d'insatisfaction et de perte de confiance en soi entraîne le sportif dans un cercle vicieux. Elles peuvent être en rapport également avec des cas de maltraitance à prendre en compte.

Les comportements d'addiction à la pratique sportive

En rapport avec un mal-être existentiel – qui n'est pas réglé pour autant et nécessite une psychothérapie –, ce type de comportement à l'origine d'autres pathologies (traumatismes, surentraînement) doit être détecté lors des visites d'aptitude ou des consultations de traumatologie. En effet, il est arrivé que des sportifs fassent des dépressions allant jusqu'à des tentatives de suicide dans les jours qui ont suivi un arrêt sportif.

Les troubles du comportement alimentaire

Ils peuvent aller jusqu'à l'anorexie et la boulimie, rencontrés dans des disciplines comme la danse, la GRS ou la gymnastique mais aussi dans les sports à catégorie de poids où les sportifs veulent concourir dans une catégorie qui ne correspond pas à leur poids physiologique.

Les phobies

Elles sont non directement en rapport avec le sport mais très pénalisantes comme la phobie de l'avion chez des sportifs de haut niveau devant se rendre à l'étranger. La sophro-correction sérieuse sera d'une grande efficacité.

Les troubles du sommeil

Ils peuvent être le symptôme d'une dépression mais surtout ils peuvent être directement liés à la pratique sportive. C'est une véritable préoccupation des médecins et psychologues du

sport. En effet les entraînements ont lieu souvent le soir, gênant l'endormissement⁸ (sans compter les devoirs à faire en rentrant). On a donc de jeunes sportifs qui se retrouvent en dette de sommeil et ne savent pas comment la rembourser. Ce thème du sommeil fait partie du programme de préparation sophrologique du sportif et est abordé lors des informations et formations aux entraîneurs. On le sait, la vie d'un athlète doit être très organisée. Elle devrait l'être en prenant en compte des critères chronobiologiques et de bon sens. La sophrologie apporte quelques techniques particulièrement efficaces. Chez le sportif, celle qui fonctionne très bien est la sophro-programmation du futur orientée vers la vigilance et l'énergie nécessaires pour réaliser les activités du jour ou du lendemain (Perreaut-Pierre, 1997).

Les troubles du sommeil peuvent être en rapport avec le *jet-lag* ou syndrome de désynchronisation rencontré chez les sportifs de haut niveau voyageant régulièrement à l'étranger. La prise en charge du *jet-lag* relève pour beaucoup d'une démarche pédagogique que les thérapeutes doivent savoir entreprendre.

Gérer le stress

Réservons une place à part au stress, motif très fréquent de consultation, qui peut s'inscrire dans les deux champs de compétence selon les facteurs et l'intensité des réactions de stress.

Le stress est un terme qui a différentes significations selon les personnes. Les sportifs sont assez familiers de la notion de « stress positif » qui correspond au bon niveau d'activation. La plupart du temps, les manifestations de stress en lien avec les compétitions sont des réactions d'inadaptation gênantes mais facilement réversibles. La préparation mentale sophrologique permet d'accélérer les processus d'adaptation. Si les réactions de stress sont pathologiques la prise en charge sera psychothérapeutique.

Fiche La gestion du stress

Le « contrat gestion du stress » classique comporte :

- **La respiration contrôlée**, intéressante pour se mobiliser (respiration dynamisante ou respiration abdominale rapide), pour faire baisser la pression (respiration relaxante, mais pas trop !) ou pour lever une tension diaphragmatique responsable d'une sensation de nœud au plexus solaire (respiration abdominale lente) ;
- **La sophronisation de base et autres techniques de relaxation** (training autogène de Schultz, relaxation progressive de Jacobson, etc.) pour que le sportif mette au point sa

.....

8. Après une activité physique intense, il faut environ quatre heures pour que la température corporelle revienne à un niveau compatible avec l'endormissement.

méthode de relaxation personnelle avec laquelle il s'entraînera régulièrement surtout s'il a un terrain anxieux.

- **La sophro-acceptation progressive et la sophro-programmation du futur** qui vont avoir pour principal bénéfice de changer la représentation que le sportif se fait des événements qui ne seront plus perçus comme stressants mais comme l'occasion par exemple de relever un défi (ou autres vécus et motivations à faire définir par le sportif).
- **La sophro-mnésie positive** pour renforcer la confiance en soi.
- **La technique conditionnée ou le signe-signal.** Une précision concernant la technique que nous appelons « signe-signal ». On peut la différencier de la technique conditionnée dans la mesure où aucune situation négative n'est évoquée. La programmation du signe-signal se fait à l'aide d'une image mentale positive, généralement dynamique et symbole de réussite. On peut s'appuyer sur une situation antérieurement vécue (sophro-mnésie positive). Les signe-sinaux les plus fréquemment utilisés sont un geste, un dialogue interne bref ou les deux associés (par exemple : « vas-y » en serrant le poing gauche), beaucoup plus rarement un son (coup de pistolet de départ) ou une image visuelle (couleur rouge, torrent).

Le plus souvent une séance de type formation pour chacune de ces techniques suffit pour résoudre cette problématique (en moyenne cinq séances). Entre chaque séance, le sportif devra s'entraîner régulièrement avec les techniques apprises.

Si cela ne suffit pas, on complétera par :

- la sophro-correction sérielle ;
- le sophro-déplacement du négatif et la sophro-présence immédiate,
- Peut-être même les techniques de sophro-analyse rarement utiles pour le stress de compétition mais intéressantes pour des réactions pathologiques de stress d'origine extrasportive influençant la performance.

Pour contrôler les émotions, gérer les pensées parasites perturbant le travail intrasophronique ou la concentration avant ou pendant une épreuve, l'exercice de la cible (RD1) est particulièrement approprié. Il en existe une adaptation statique : au niveau sophro-liminal, le sportif met dans un contenant qu'il visualise le plus concrètement possible (boîte ou sac) les pensées parasites. Certains ont besoin de leur donner une forme comme un objet ou un personnage de film. Ils ferment la boîte ou le sac et s'en débarrassent soit définitivement si ces pensées sont inutiles (peur) soit dans un coin pour résoudre, le moment venu, le problème à l'origine des pensées perturbatrices (pas forcément négatives).

4. Processus de prise en charge

On peut distinguer deux grands axes d'action :

- une **action à long terme d'entraînement mental** parallèle aux autres entraînements (cette action se fait surtout en groupe) ;

- une **action spécifique répondant à un objectif précis** (par exemple, gérer un stress pré-compétitif, améliorer la concentration, lutter contre le découragement, développer la combativité chez un sportif qui rate toutes ses finales, etc.)



GROS PLAN

Une séance sophrologique comporte trois temps :

- le dialogue pré-sophronique au cours duquel l'objectif (ou le diagnostic) doit être clairement établi et l'accord du sujet obtenu ;
- la séance sophronique qui dure environ dix à quinze minutes maximum dans le cadre de la préparation mentale, le sportif devant s'entraîner seul en reprenant la séance (si la technique est trop longue les sujets ne s'entraînent pas) ;
- le dialogue post-sophronique au cours duquel, après un temps d'écoute concernant le vécu de la séance, des stratégies d'entraînement et d'utilisation seront prévues.

L'objectif est d'amener le sportif à créer ses propres images, le sophrologue aura donc un discours le moins directif possible (Perreaut-Pierre, 2000). Cependant, au début, le sportif ne sait pas forcément ce qu'il doit faire, le sophrologue pourra être plus direct et concret à condition de connaître l'activité sportive. C'est essentiellement du ressort des entraîneurs sportifs sophrologues qui devront toutefois savoir rapidement devenir « flou⁹ » pour laisser la liberté de choix et stimuler la créativité de l'athlète.

Nous n'aborderons dans ce chapitre que le *process* de mise au point de la « boîte à outils sophro » en vue de la préparation mentale du sportif. Cela relève du champ pédagogique et suit donc une méthodologie classique d'enseignement avec trois étapes : « formation » et « entraînement » pour mettre en « application » la bonne technique au bon moment en toute autonomie. Ces trois étapes ont chacune leurs objectifs propres mais sont cependant imbriquées ; en effet, une séance de formation comprend une séance pratique qui participe donc à l'entraînement, l'entraînement apporte des éléments pédagogiques utiles et l'utilisation en situation est une forme d'entraînement et est une expérience qui pourra apporter des enseignements permettant de perfectionner la prise en charge ou la boîte à outils.

.....

9. Comment être flou ? En utilisant des mots abstraits (ex : terme « sensation ») ou si l'on veut être plus précis comme c'est le cas au début de la préparation sophrologique penser à proposer toutes les possibilités de réponse (par exemple, chaleur ou fraîcheur, lourdeur ou légèreté, engourdissement ou autres sensations ou pas de sensation).

La formation

La formation peut être organisée de diverses manières. Il s'agira d'être le plus réaliste possible en tenant compte des contraintes des uns et des autres. Selon l'objectif, le « contrat » comportera un certain nombre de séances sophrologiques d'une heure environ, par exemple cinq pour régler un problème de stress, trois pour apprendre à se relaxer et à récupérer, une séance par semaine pendant toute la saison pour un entraînement mental.

Cette phase correspond à la mise au point de la « boîte à outils sophro personnalisée » grâce à l'enseignement des différentes techniques sophrologiques répondant aux attentes du (des) sportif(s). Il s'agira d'apporter toutes les explications nécessaires pour que l'athlète choisisse et adapte les techniques sophrologiques et dispose des informations nécessaires pour un entraînement et une utilisation corrects et autonomes. On remarque que les dialogues occupent une place primordiale. Ils sont basés sur l'écoute et l'empathie et ne devront en aucun cas être escamotés.

L'entraînement

Il peut être dirigé (par le sophrologue) et/ou personnel. Dans la pratique, en dehors des cas où l'entraînement mental est programmé tout au long de la saison, la plupart des sportifs s'entraînent seuls (généralement pour des raisons de disponibilité et de temps) ce qui participe à l'évolution souhaitée vers l'autonomie.

Lorsque les sportifs s'entraînent seuls, il est possible au début de faire des enregistrements de séance. Très vite, ils maîtrisent la technique et s'en passent. Lors du dialogue post-sophronique de la séance sophrologique formative il est prévu une organisation et préconisé des stratégies d'entraînement personnel et d'utilisation.

Un entraînement sérieux va permettre d'une part d'adapter le protocole pour que la « boîte à outils sophro » soit opérationnelle et d'autre part de rendre automatique l'utilisation de la bonne technique au bon moment. Cette automatiser est un pas important et souvent difficile à franchir, en particulier chez des sujets passifs qui pensent que quelques séances dirigées vont les transformer. Cela nécessite de donner de bonnes explications (toujours l'importance des dialogues). On aboutit ainsi à l'autonomie du sportif, but recherché dans toute préparation mentale.

L'entraînement se déroule généralement en position assise (pour éviter en particulier des endormissements intempestifs) puis en position debout ou dans la posture de la pratique sportive.

Application

L'étape finale de la programmation est l'utilisation en situation (d'entraînement sportif et de compétition), de manière autonome, des techniques adaptées. Cette phase participe à l'évaluation (puis au perfectionnement si nécessaire) des techniques à travers l'obtention des résultats visés.

Il existe quelques notions essentielles sur lesquelles il faut insister pendant les dialogues sophroniques dont le « mode d'emploi » des techniques sophrologiques afin d'éviter les erreurs de manipulation responsables d'échecs puis les limites et avantages de la préparation sophrologique.

Fiche

Mode d'emploi en situation des techniques sophrologiques

Que ce soit à l'entraînement sportif ou en compétition la procédure est la suivante :

Avant

S'échauffer, se dynamiser et gérer son niveau de stress. Le seul cas où le sportif peut utiliser une détente légère (le plus souvent quelques respirations relaxantes associées à une image de calme) est lorsqu'il est en « hyper stress », pour « faire baisser la pression » et évoluer vers le bon niveau d'activation.

Pendant

Se réguler si nécessaire. La manière de le faire varie selon les activités. Le plus pratique est bien sûr le signe-signal qui est fait dans l'action. Pendant les « temps mort », « entre les points », dès qu'il y a une phase sans jeu, le sportif a généralement le temps de faire quelques mouvements respiratoires pour se recentrer, souffler ou se remobiliser selon les besoins, associés à une imagerie mentale et/ou un dialogue interne brefs adaptés.

Après

Récupération à l'aide d'une Sophronisation de Base complétée judicieusement par un travail intrasophronique dirigé sur les actions réalisées : corriger les erreurs sans oublier de faire revivre les réussites marquantes pour un renforcement positif et pour motiver les sportifs surtout en cas d'échec.

5. Contre-indications et limites de la préparation sophrologique du sportif

Il existe quelques contre-indications à la préparation sophrologique du sportif :

- **Le refus du sportif :** certains athlètes sont adressés par leur entraîneur ou leurs parents et très vite ils refusent tout travail mental. Lorsqu'on les reçoit, le dialogue permettra de détecter parfois des craintes ou des *a priori* négatifs sur la préparation mentale (« je ne suis pas psy », « c'est pour les faibles », « je ne crois pas en la sophrologie », « je ne veux pas être manipulé », etc.). L'objectif n'est pas de convaincre mais d'amener le sportif à faire un choix reposant sur des critères fondés.
- **La passivité :** la préparation sophrologique est une démarche active. Tout d'abord pendant les séances, c'est le sujet qui crée ses images, qui adapte les techniques, qui oriente le discours. De plus les sujets passifs ne s'entraînent pas, donc ne retirent quasiment pas de bénéfices de la préparation sophrologique qu'ils abandonnent rapidement.
- La contre-indication la plus importante est **l'incompétence du sophrologue**¹⁰.



IMPORTANT

Revenons sur la précaution d'emploi de la relaxation qui ne doit pas être faite juste avant une activité sportive. Il est nécessaire d'insister dessus. En effet, un stress important fait perdre tout bon sens et certains sujets énervés ont tendance à se calmer sans modération avec une relaxation maximale.

En ce qui concerne les limites il est important de faire comprendre au sportif qu'il n'existe pas de panacée et que la sophrologie n'est pas magique. Or on voit trop souvent des sportifs venir la veille d'une compétition quand il y a « panique à bord ». Dans ce cas, il est possible de les aider mais cela demande une séance longue comprenant par exemple une sophronisation de base, une sophro-acceptation progressive, une sophro-programmation du futur et un signe-signal. Cela nécessite un dialogue présophronique suffisant pour donner toutes les explications utiles. Enfin, la sophrologie ne permet que de donner le meilleur de soi-même le moment venu (et pas plus comme certains aimeraient !).

.....

10. Se reporter à l'introduction.

6. Quelques avantages à faire de la sophrologie pour le sport

La préparation mentale sophrologique qui permet de mobiliser toutes ses ressources énergétiques dans des limites physiologiques (Perreaut-Pierre, 1997) donc sans effet secondaire est une excellente alternative au dopage.

La prise en charge du sportif est globale comme écrit en introduction et il est judicieux d'apprendre au sportif à transférer son savoir-faire sophrologique dans les domaines scolaire, professionnel et personnel.

L'investissement mis dans la préparation sophrologique est « rentable », « d'un excellent rapport qualité/prix » pour plusieurs raisons. La mise au point de la « boîte à outils sophro » ne demande pas beaucoup de temps. En moyenne cinq à dix séances de formation complétées par quatre à six mois d'entraînement régulier suffisent pour atteindre les objectifs recherchés. De plus l'expérience a montré que les acquis sont quasi définitifs : des parents accompagnant leur enfant et ayant fait de la sophrologie dans leur jeunesse ont retrouvé extrêmement vite leurs sensations et leur savoir-faire.

Enfin, la préparation sophrologique évite « de perdre des points » à cause du stress permettant ainsi, de donner le meilleur de soi-même.

7. Conclusion

Quelques notions clés essentielles sont à retenir pour que la sophrologie soit bénéfique au sportif.

La préparation sophrologique du sportif est un travail d'équipe, équipe constituée par le sportif lui-même qui doit adhérer à la démarche et s'investir, de l'entraîneur (ou des entraîneurs), des parents en ce qui concerne les jeunes, du médecin, du psychologue du sport quand l'équipe en a un et du sophrologue, ce dernier ne faisant qu'un parfois avec un entraîneur, le médecin ou le psychologue.

Le sophrologue devra toujours cerner son champ d'action en fonction des objectifs visés et de sa formation. Son but sera d'amener le sportif à créer sa propre méthode et à devenir autonome. Son action sera basée sur le respect du sportif : sa personnalité, ses objectifs, ses choix.

La préparation mentale sophrologique comme les autres préparations pour la performance sportive, nécessite une phase de formation et un entraînement régulier pour pouvoir utiliser les bonnes techniques au bon moment.

Pour conclure, la préparation mentale sophrologique permet d'optimiser la performance tout en préservant la santé et en garantissant le bien-être du sportif.

8. Bibliographie

- ABREZOL R. (1985). *Sophrologie et Sports*, Paris, Chiron.
- ABREZOL R. (1986). *Sophrologie et sports*, Paris, Chiron.
- DENIS M. *et al.* (1989). « Imagerie et répétition mentale dans l'acquisition d'habiletés motrices », in VOM HOFE A. *et al.*, *Tâches, traitement de l'information et comportements dans les activités physiques et sportives*, EAP.
- DUCHATTEL C. (1990). *Sport et sophrologie. Performance et activités sportives*, Paris, De La Norière.
- DURAND DE BOUSINGEN R. (1971). *La Relaxation*, Paris, PUF.
- ETCHELECOU B. (2007). *Comprendre et pratiquer la sophrologie*, Paris, Dunod/InterÉditions.
- GOULD D. WEINBERG R. (1997). *Psychologie du sport et de l'activité physique*, Paris, Vigot.
- HUBERT J.-P., ABREZOL R. (1985). *Traité de sophrologie*, t. II, Paris, Le Courrier du livre.
- LE SCANFF C. (2005). « Les bases de l'entraînement mental », *Bulletin de psychologie*, t. 58, n° 475.
- PERREAUT-PIERRE E. (1997). « La préparation sophrologique du sportif », congrès mondial de sophrologie, Monaco.
- PERREAUT-PIERRE E. (1997). *Sophrologie et performance sportive*, Paris, Amphora.
- PERREAUT-PIERRE E. (2000). *La Gestion mentale du stress pour la performance sportive*, Paris, Amphora.
- THILL E., FLEURANCE P. (1998). *Guide pratique de la préparation psychologique du sportif*, Paris, Vigot.
- VALLERAND R. *et* THILL E. *et al.* (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*, Québec, Études Vivantes.

Chapitre

12

Sophrologie pour le jeu de l'acteur

DOMINIQUE-SOPHIA TRIPODI

> Pourquoi ce chapitre ?

Se référer aux techniques de la sophrologie, c'est parler de *détente*, mais aussi de *respiration*, sans oublier une *certaine forme de visualisation*. C'est également reconnaître ses effets sur la concentration et la mémoire, l'imagination et la créativité, la gestion des émotions. Autant d'éléments qui sont travaillés, sollicités au théâtre.

En cela elle participe des techniques utiles à la formation de l'acteur. Elle trouve sa place dans cet univers de labeur, de rigueur, de discipline... où la matière travaillée est si sensible, si fragile, si subtile puisqu'il s'agit de l'être humain et de sa capacité à « donner vie » à un personnage.

Sommaire

1. Techniques sophrologiques utilisées.....	244
2. Présentation d'une pratique.....	248
3. Limites et orientations.....	261
4. Conclusion.....	262
5. Bibliographie.....	263

Qu'il se pratique en amateur ou de façon professionnelle, le théâtre exige des qualités de présence, d'intensité et de disponibilité. Il nous invite à *être* avant que de pouvoir jouer.

En sophrologie, tout comme dans la formation théâtrale, sont sollicités les trois plans de l'être : physique, psychique et spirituel. C'est ainsi que la formation théâtrale repose sur trois éléments fondamentaux :

- *le corps*, qui est comparé à un « instrument » à « accorder » (assouplir, libérer) afin de permettre une virtuosité dans le jeu ;
- *l'imagination*, qui doit être vive, fertile ;
- *les émotions et sentiments* dont il faudra retrouver la sincérité.

Quant à la sophrologie, la première étape abordée n'est-elle pas la prise de conscience du schéma corporel, à laquelle succède une écoute « récupérative » (dans le sens de « prendre avec soi ») des sensations et émotions ? Et l'état sophronique ne contribue-t-il pas à la libération de l'affect et des facultés imaginatives ?

De même que l'équilibre d'un individu repose sur un bon investissement des plans physique, affectif et de la sphère intellectuelle-spirituelle, de même, l'acteur, pour pouvoir « jouer vrai », doit-il avoir recours à l'expression libre de son corps, laissant transparaître dans chacune de ses attitudes, les émotions et sentiments personnels qu'il prêterait au personnage, personnage qu'il aura patiemment élaboré à partir de l'étude de la pièce.

1. Techniques sophrologiques utilisées

Ainsi que le précise C. Stanislavski, « non seulement une crispation générale de tous les muscles empêche le bon fonctionnement de l'acteur, mais même la plus petite contraction à un point bien précis est capable d'entraver toute faculté créatrice... » (Stanislavski, 1994). Cette phrase est extraite du chapitre VI de son ouvrage *La Formation de l'acteur*, chapitre intitulé et consacré à « La relaxation ». Il y reconnaît la nécessité d'un travail « psychophysique » et pour nous, sophrologues, nous pourrions y voir des analogies avec le travail abordé notamment dans les relaxations dynamiques.

Nous allons ainsi évoquer les techniques sophroniques plus spécifiquement intéressantes dans le cadre du théâtre. Pour l'acteur, le corps est l'instrument et l'expression de son art. Il doit le rendre malléable, disponible, pour donner « corps » à la fiction de l'auteur. On comprend mieux l'intérêt d'utiliser des techniques « d'investigation dynamique » du corps telles que la relaxation dynamique ou le training autogène modifié.

Relaxations dynamiques

Telles que A. Caycedo les a mises au point dans le *cycle fondamental* de la sophrologie, ces techniques, par des exercices spécifiques associés à des temps de « récupération » permettent un vécu « introspectif » du corps, manière de se « concentrer », mais aussi et surtout de consolider le schéma corporel. Ce qui va dans le sens de la préparation physique du comédien cherchant, à travers jeux et exercices physiques, à libérer son corps, le « démécaniser » (selon l'expression d'A. Boal), afin de permettre un jeu toujours renouvelé. Dans ces exercices, aussi variés, aussi ludiques soient-ils, ce qui est sollicité c'est bien le schéma corporel, mais aussi l'image du corps.

La démarche sophrologique invite à s'aventurer dans une perception plus précise de son corps, renforçant *via* cette prise de conscience du schéma corporel, le sentiment de soi. Ainsi que le précise A. Caycedo dans ses postulats de base ; cette démarche contribue à l'équilibre de l'individu.

L'image du corps, originellement inconsciente, est totalement subjective. S'inscrivant dans le schéma corporel, elle transparaîtrait dans nos attitudes corporelles (notamment au niveau du profil tonique dominant), témoignant de nos expériences émotionnelles et symbolisant ainsi la relation que nous entretenons à nous-mêmes et aux autres.

LA RELAXATION DYNAMIQUE 1^{ER} DEGRÉ

Par des exercices spécifiques sur des zones à forte résonance affective et constituant bien souvent des lieux d'ancrage des tensions, elle peut générer une libération du vécu affectif inscrit dans ces zones ainsi que de ses « manifestations physiques », douleurs ou raideurs articulaires. Elle contribuerait à « mettre au jour » l'image corporelle.

Note : Les exercices issus de la relaxation dynamique conduisent à une intégration de la dimension temporo-spatiale, donnée importante dans le théâtre.

La dimension temporelle

Elle se vit non seulement dans le *déroulement* des séances (atteinte du seuil sophroliminal – activation intrasophronique – désophronisation) mais également dans l'*alternance* existant entre les mouvements et les temps de récupération. Les exercices sont *synchronisés* avec les phases respiratoires : inspiration, rétention, expiration. L'accent est souvent porté sur les rythmes internes du corps.

Le *rythme* est également très important au théâtre, puisqu'il va donner le « tempo » de la pièce. C'est lui qui « anime » le discours et l'action du comédien ; favorisant si

besoin était l'émergence de l'état émotionnel adéquat (ainsi une phrase exprimant la colère sera sur un « tempo-rythme » saccadé...).

La dimension spatiale

Elle est d'abord centrée sur le corps lui-même, avec la perception de chaque *segment corporel* tout en prenant conscience de l'*axe* vertébral et de la « disposition » de chaque partie corporelle : devant, dos, droite, gauche, haut, bas. Les mouvements permettent de réactiver la relation du corps à l'espace. La perception de l'espace sur scène est essentielle. Il s'agit non seulement de savoir prendre sa place, mais également savoir où et comment se situer en regard de la mise en scène et des partenaires.

Enfin, la relaxation dynamique va dans le sens du théâtre. Celui-ci est Verbe, il est action, mouvement, mais surtout pas anarchie ; bien au contraire, il organise, donne du sens... Le comédien agit. C'est en créant un enchaînement d'actes physiques, crédibles, authentiques, qu'il va permettre l'irruption des sentiments. C'est aussi la présence qu'il mettra dans ses gestes qui nous permettra de croire à la vie de son personnage. L'attention développée au cours des différentes phases de la relaxation dynamique favorise cette concentration.

Il s'installe alors une manière d'être, totalement impliqué dans le vécu de l'instant, dans le présent, ce qui est la règle de l'acteur sur scène, en représentation.

Le second temps de la relaxation dynamique 1^{er} degré se caractérise par une concentration/méditation sur un objet extérieur ; pratique visant à la fois à se libérer du parasitage mental et à s'isoler de l'extérieur. Tout en favorisant un état de disponibilité, elle développe la capacité à centrer son attention sur un « autre » (dans l'exercice sophronique : objet naturel, mais pour l'acteur : le partenaire) et à se « décentrer » de ses préoccupations (fascination/trac du public).

Par ailleurs, cela nous renvoie à ce temps nécessaire à beaucoup d'acteurs, cette concentration pour désinvestir le quotidien et se réinscrire dans le personnage qu'ils joueront quelques instants plus tard sur scène (instants pouvant aller de quelques minutes à quelques heures suivant le comédien...).

LA RELAXATION DYNAMIQUE 2^E DEGRÉ

Dans ces pratiques, il y a donc prise de conscience du corps mais aussi accueil des émotions qui s'y expriment. S'installe alors une attitude d'intériorité, d'écoute, favorisant l'émergence du « je suis ». Si la RD1 favorise cette harmonisation du monde

intérieur, la RD2 nous restitue la faculté « d'être en relation » et capable de s'harmoniser au monde extérieur. Ce qui représenterait au théâtre une façon de privilégier et de maintenir le « contact » avec ses partenaires, mais pourrait aussi contribuer à développer la faculté d'adaptation.

La relaxation dynamique 2^e degré B est axée sur le développement des organes sensoriels. Les cinq sens ainsi sollicités nous ouvrent sur une perception du monde à la fois plus vaste et plus subtile. C'est notre relation aux autres et à l'environnement qui s'en trouve améliorée. C'est pour l'acteur un moyen qui facilitera ensuite tous les exercices d'exploration sensorielle... Sans négliger l'impact produit sur la reviviscence des souvenirs.

Note : Comme nous l'avons remarqué, la mémoire affective est un élément important de la préparation de l'acteur. Elle contribue à enrichir, « étoffer », animer la vie intérieure du personnage.

La mémoire sensorielle est l'étape préalable au développement de la mémoire affective.



GROS PLAN

Pratiquer RD2a

Cette pratique ne sera proposée qu'une fois la pratique de la RD1 bien intégrée. Ce qui sous-entend un entraînement régulier et prolongé dans le temps. Plutôt réservée aux adultes, la RD2a favorise le travail de détachement de soi, de dédramatisation en se confrontant à cette notion particulière et ambiguë à vivre qui est la représentation que nous avons de nous-mêmes, ou plus précisément, « la place dans laquelle nous nous représentons nous-mêmes à l'intérieur du monde de notre représentation » (Hubert, 1980).

Cette démarche installe dans le temps une forme de regard neutre par rapport à l'image de soi, mais aussi permet de prendre conscience de la présence du corps dans l'espace. Elle permettrait à l'acteur d'avoir une vision plus précise et plus globale de la mise en situation sur scène, mais aussi d'acquérir une plus grande liberté de jeu en sachant jouer sur les deux états : identifié au personnage et détaché, témoin du personnage qu'il incarne.

Nous avons volontairement limité les séances à la contemplation du corps puis à la pratique des exercices réinscrivant dans la corporalité.

Autres techniques spécifiques

LA SOPHRONISATION DE BASE

Elle sera utilisée dans ce cadre en fin de cours ou de répétition pour retrouver un état de calme et permettre l'analyse séquentielle et la mémorisation des répétitions ou des différents exercices vécus dans les cours. Si le comédien, à l'instar du sportif, doit également garder une mémoire précise de ses mouvements et déplacements sur scène, il a aussi d'autres données à mémoriser.

Nous verrons, dans un second temps, combien elle peut être utile à l'acteur dans son travail de création du personnage.

LA SOPHRO-ACCEPTATION PROGRESSIVE

Elle permettra de gérer le stress à l'approche des spectacles, en créant un phénomène de reconditionnement positif basé sur la représentation anticipée de la situation stressante au niveau sophro-liminal.

2. Présentation d'une pratique

Les séances présentées ci-dessous vont préciser comment il est possible de proposer des « enchaînements » adaptés aux circonstances du moment et au contexte du théâtre... et comment cela conduit à « revisiter » les protocoles de base.

Il est possible, une fois l'objectif fixé, d'instaurer une progression dans la succession des séances. Dans ce cas précis, l'objectif déterminé à la demande du professeur d'art dramatique, a été : améliorer la concentration. C'est donc à travers un vécu chaque fois différent et complémentaire que les élèves ont été amenés à développer l'état de concentration souhaité :

- le corps – ressenti interne – vécu monde intérieur ;
- le corps – développement des organes des sens « se relier au monde extérieur » ;
- le corps en action – visualiser et accomplir un acte – « s'impliquer dans le monde par une action » ;
- mise en place d'un objet naturel – concentration sur un objet extérieur ;
- gérer le stress lié à la perspective d'un futur spectacle « optimiser ses potentialités ».

Nous verrons dans un second temps comment certaines techniques spécifiques peuvent contribuer au travail d'élaboration du personnage.



CAS PRATIQUE

Les élèves, dans cette présentation, sont des lycéens en option théâtre. Les séances se sont déroulées pendant les heures dévolues à l'enseignement et à la pratique du théâtre. La plupart pratiquaient le théâtre depuis trois ans, étaient familiarisés avec les techniques théâtrales, ayant participé à diverses manifestations et monté plusieurs spectacles. Ils avaient l'habitude de pratiquer la relaxation classique.

Les motivations qui les ont amenés au théâtre diffèrent ; certains trouvaient là le moyen de guérir leur timidité, d'être plus à l'aise... d'autres, une qualité d'expression enrichissant la pratique d'un sport de haut niveau ; pour quelques-uns, plus littéraires, c'était la possibilité de « vivre » les textes des grands auteurs. Sans oublier ceux qui, riches d'une sensibilité innée, espéraient la développer dans une école de théâtre et devenir professionnels.

Notre rendez-vous hebdomadaire s'est déroulé dans des circonstances pour le moins inhabituelles pour la pratique sophrologique que l'on a souvent tendance à associer à un lieu feutré... des positions confortables... du calme absolu...

Suivant l'intentionnalité de la séance, celle-ci prendra place soit au début du cours de théâtre, soit à la fin. Il est même possible d'associer les deux, une fois les élèves familiarisés avec les techniques, sur des séances courtes.

Pour les séances ayant lieu en début de cours, il est important de veiller à ne pas trop baisser le niveau de vigilance, ce qui est là encore facilité par la relaxation dynamique.

LE CORPS – RESENTI INTERNE – VÉCU DU MONDE INTÉRIEUR

Ainsi que nous l'avons compris, pour libérer son jeu sur scène, une des « étapes obligées » pour le comédien sera d'apprendre comment avoir conscience de son corps, des zones de tensions éventuelles et de savoir comment y installer un état de détente.

Les premières séances sont consacrées à la découverte de l'état sophronique et des différentes techniques permettant d'y accéder : exercices de tension-détente de chaque segment corporel, sophronisation de base, respiration. En effet, la respiration, et notamment la respiration abdominale, est, avec la détente musculaire, une des « clés » pour évacuer un état de stress et réussir à se recentrer. Toute pratique en sophrologie commence d'ailleurs par une attention posée sur le phénomène respiratoire : d'abord sentir où et comment « ça respire... » puis ensuite installer la respiration abdominale. Il est souvent nécessaire de consacrer du temps, parfois une séance entière, sur l'apprentissage de cette respiration, spontanée à la naissance, mais très souvent contrariée dans notre société occidentale.

Exercice de *grounding* (sensation d'enracinement)

- Sophronisation de base en posture debout.
- Mise en place de l'image de l'arbre.

Apprendre progressivement à instaurer la détente tout en ne gardant que les tensions nécessaires pour maintenir la posture contribue à développer ce *self-control* évoqué par C. Stanislavski par rapport aux tensions corporelles présentes pendant le jeu.

La position debout, avec l'enracinement, développe une qualité de présence, oblige à être posé, permet de trouver son centre de gravité, d'en prendre conscience. L'installation de la respiration abdominale aide à trouver cette assise et à calmer l'émotionnel. L'image de l'arbre proposée en un second temps sert de support pour mieux vivre la verticalité. Elle permet aussi de constater l'impact de l'imaginaire sur le corps.

Nous avons constaté dans cette séance que l'enracinement était « dur à vivre » pour certains participants, avec notamment une difficulté à relâcher au niveau des membres inférieurs : « J'ai essayé, mais j'avais l'impression de basculer en arrière. » Cela devenait plus facile avec l'image de l'arbre : « On se sent plus solides. On a le sentiment de se redresser. »

Exercices de pratique

S'inscrire dans une présence à soi

Debout

- Enracinement.
- Respiration abdominale profonde.
- Sophronisation de base.
- Gestes du cou :
 - rotation visage d'une épaule à l'autre ;
 - amener menton en direction de la poitrine ;
 - puis en direction du plafond.
- Temps de récupération.
- Rotation du buste, bras ballants.
- Temps de récupération-détente.

Assis

- Écoute respiratoire.
- Concentration moment présent : définir quel objectif je poursuis en étant ici...

- Notion de plaisir dans la réussite de cet objectif.
- Mains sur ventre : ressentir vie, puissance centrée dans mon corps et que je vais mobiliser pour atteindre cet objectif.

Debout

Mobiliser toute mon énergie dans un étirement (bras droit – jambe gauche et inverse) afin de tonifier mon corps ; la canaliser pour une présence plus grande dans le cours.

Les exercices du cou, après une journée de cours, contribuent à libérer les zones de tensions occasionnées par le travail intellectuel (notamment au niveau des trapèzes). La zone du cou et de la gorge est aussi le lieu d'échange entre l'affectif et l'intellect, là où peut s'exprimer une émotion. Ne parle-t-on pas de « gorge serrée » ? La zone d'activation intrasophonique est utilisée ici pour valoriser l'engagement théâtral, avec une induction portant sur le présent et la notion de plaisir.

LE CORPS – DÉVELOPPEMENT DES ORGANES DES SENS – « SE RELIER AU MONDE EXTÉRIEUR »

Séance axée sur la redécouverte de la sensorialité

La relaxation dynamique 2^e degré donne, par des exercices effectués en niveau de vigilance modifiée, un « relief » tout particulier à nos différentes perceptions sensorielles, réhabilitant celles trop souvent négligées. N'oublions pas que les capacités sensorielles participent également au phénomène de mémorisation.

Exercices de pratique

- Sophronisation de base debout.
- Gestes du cou.
- Rotation axiale du tronc.
- Prendre deux fruits différents et s'installer en posture assise.
- Écoute respiratoire.
- Sentir le passage de l'air au niveau des narines, puis porter alternativement un fruit niveau narine droite, puis l'autre niveau narine gauche « accueillir les odeurs... » Se laisser imprégner... Laisser images ou associations affluer librement.
- Même processus pour l'exploration des autres organes sensoriels.
- Retour ensuite à la sensation du corps détendu.

- Poser son attention sur le positionnement de son corps sur la chaise, puis la place occupée dans l'espace de la pièce (qui à droite, à gauche...), sa raison d'être ici...
- Renouer avec sa motivation, son plaisir...
- Reprise.

Cette séance a permis à certains de redécouvrir et apprécier les odeurs de certains fruits : « Quand je passe devant un étalage de fraises, j'en sens l'odeur, mais je n'imaginais pas que la pomme pouvait aussi avoir une odeur... » D'autres ont pu y associer des souvenirs retrouvés : « J'ai fait la même chose à 5 ans... » ; « Pour moi, croquer une pomme était un geste que j'effectuais avant l'entraînement... aujourd'hui, je l'ai vécu différemment. » L'aspect « découvrant » a joué chez les uns alors que, chez d'autres, c'est la redécouverte de certains sens qui prédominait.

Commencer par un support matériel, ici les fruits, invite à un état de réceptivité et facilite le travail de concentration sur les différents sens concernés. L'utilisation de deux fruits différents permet, grâce au « contraste » une appréciation plus « objective ». C'est la comparaison qui permet souvent un traitement de l'information plus précis. Cette séance préfigure la suivante où ils solliciteront leur mémoire sensorielle.

Séance axée sur la mémoire sensorielle

Cette séance a été proposée cette fois-ci en fin de cours, après les répétitions d'un futur spectacle et les dernières mises au point.

Exercices de pratique

En posture assise

- Étirements des bras puis relâchement, accueil des sensations.
- Relâchement rapide des différentes parties du corps.
- Attention portée sur bruits environnants, puis écoute intérieure : rythme cardiaque, souffle de la respiration...
- Laisser venir souvenir sonore : évocation d'une musique que l'on aime tout particulièrement, ou d'une voix...
- Laisser se déployer le phénomène puis temps d'intégration.
- Attention portée au niveau des yeux ; puis laisser venir une image, un paysage, un tableau... que l'on aime... Prendre le temps de découvrir certains détails en laissant là encore se déployer le phénomène.
- Retour au ressenti du corps détendu.

- Se resituer dans le travail théâtral et intégrer ce qui a été intéressant.
- Reprise.

Les jeunes ont pu utiliser les exercices d'étirement pour se libérer de l'état d'effervescence dans lequel ils se trouvaient, revenir à un état détendu et focaliser leur attention. Certains ont retrouvé des souvenirs d'enfance.

Concentration sur le corps au présent

La sophrologie invite à une présence au corps, à l'environnement, à l'instant... bref à la vie et à notre capacité de se saisir de ces moments... à y être présent, peut-être à en laisser émerger quelque chose. Cela rejoint, au théâtre, la faculté d'improviser.

C'est ainsi que nous avons utilisé ces différents ressorts pour une séance exploitant un contexte particulier et s'adaptant aux circonstances particulières de répétitions d'un spectacle de rue. Les répétitions ont eu lieu dans une cour de lycée, c'est là où nous nous installons, sur les quelques bancs et tables, pour la séance. Les exercices proposés s'inspirent du training autogène modifié.

Exercices de pratique

- « Se poser » dans son corps.
- Orienter son attention sur le bras droit : sentir les rayons, la caresse du soleil sur la peau, la chaleur, laisser la sensation se déployer dans tout le bras, puis l'étendre au bras gauche... toujours en prenant le temps d'intégrer les sensations.
- Orienter ensuite son attention sur la brise qui effleure le corps.
- Écoute de la respiration, associer éventuellement l'image d'un voilier.
- Écoute du cœur, associer éventuellement l'image d'un objet qui battrait à l'unisson du rythme cardiaque.
- Notion de calme, de confiance.
- Dans cet espace de disponibilité intérieure, faire le point, intégrer les « moments porteurs » de la répétition.
- retour au ressenti du corps... se sentir à la fois bien dans son corps et en harmonie avec la nature environnante...
- Reprise.

Qui n'a pas fait l'expérience d'une douce torpeur engendrée par le soleil ? Il s'agissait là de tirer profit de ces « ressources naturelles », de les vivre en conscience tout en composant avec l'installation plus ou moins précaire des adolescents. Il y a eu

stimulation de l'imagination dans les exercices d'écoute respiratoire et cardiaque (associer un objet symbolisant ce rythme). Ce qui peut constituer un préambule pour l'objet naturel, objet de concentration qui sera abordé par la suite en relaxation dynamique.

LE CORPS EN ACTION – VISUALISER ET ACCOMPLIR UN ACTE – « S'IMPLIQUER DANS LE MONDE PAR UNE ACTION »

Détendre son corps librement – visualiser et accomplir un acte

La séance suivante invite à occuper à la fois l'espace de son corps et l'espace de la scène, en toute liberté, de façon statique dans un premier temps, puis en déterminant un acte simple à accomplir dans cet espace. Elle amène à découvrir l'incidence d'une posture choisie spontanément par chaque participant ; ce que celle-ci génère en chacun, toujours dans cette démarche de découverte de soi. Elle permet de percevoir la dimension spatio-temporelle de manière dynamique.

Exercices de pratique

Dans un premier temps, les personnes sont invitées à choisir où et comment se positionner dans la pièce, s'installer dans cette posture, prendre le temps de bien se situer dans la pièce, puis fermer les yeux.

- Sophronisation de base puis approfondissement des sensations engendrées par cette posture Laisser venir les sensations : comment je suis dans cette position... Quelles émotions ou sentiments... Images qui se présentent à moi dans cette posture...
- Prise de conscience de l'espace environnant, espace devant moi... derrière... sur les côtés. Être conscient de cette place.
- Choisir une action que je sais pouvoir effectuer dans la pièce (ouvrir un acte ou refermer une porte, tirer un rideau...), bien visualiser toute la démarche que j'aurais à faire pour atteindre cet objectif...
- Intensifier sa respiration afin de retonifier son corps, puis ouvrir les yeux à son rythme et effectuer cette action, en prenant bien soin de sentir chacun des mouvements effectués... Revenir ensuite au centre de la pièce... Temps d'intégration.
- Exercice : lever de bras : imaginer que l'on soulève un poids très lourd avec main droite, puis avec la main gauche, puis avec les deux bras.
- Sentir force, énergie, chaleur dans le corps.
- Canaliser cette énergie pour les 3 heures à venir.
- Reprise avec étirement de tout le corps.

Les personnes se sont profondément impliquées dans la séance. Elles ont apprécié une certaine « qualité de présence » pendant le déroulement de l'action.

MISE EN PLACE D'UN OBJET NATUREL – CONCENTRATION SUR UN OBJET EXTÉRIEUR

Exercices de pratique

Debout

- Enracinement.
- Chauffage corporel (respiration ventrale approfondie).
- Temps de récupération-détente.
- Sophronisation de base.
- Rotation de la tête.
- Récupération-détente.

Assis

- Prendre conscience de la nouvelle position du corps, de ses points d'appui sur le fauteuil, se situer dans la pièce.
- En sophro-respiration-synchrone :
 - bras tendus, geste des doigts : en griffe, puis en éventail ;
 - sentir espace devant soi, dans le prolongement des bras, à portée de mains
 - en éventail près du visage, sentir l'air près du visage ;
 - attention portée sur les mains : « jouer à être dans ses mains » ;
 - intégration des sensations ;
 - laisser venir un objet naturel sur lequel on se concentre : sa forme, sa couleur, etc. Laisser se déployer le phénomène...
 - à son rythme, décider de laisser l'objet s'inscrire dans la mémoire, la conscience... utiliser sa respiration pour cela et accueillir la vivance installée par l'exercice.
- Revenir progressivement vers une respiration abdominale volontairement tonifiée.
- Porter son attention sur contact des pieds au sol et se préparer à prendre appui sur ses pieds pour passer dans la posture debout.

Debout

- Bien s'ancrer, laisser se déployer le corps dans cette nouvelle posture.

- Vivre son espace intérieur tout en se réinscrivant dans la conscience et la perception de la place occupée dans la pièce, des personnes présentes autour de nous.

Le chauffage corporel permet de solliciter le diaphragme, coupole musculo-aponévrotique, souvent bloquée par l'angoisse et maintenue en position haute. Il amène à retrouver une respiration naturelle, abdominale et contribue à installer le centre de gravité au niveau du *hara*, dans la zone abdominale. Cette mobilité est aussi intéressante pour une bonne maîtrise de la voix, ce qui est très important pour l'acteur.

Les adolescents ont beaucoup apprécié le travail au niveau des mains, comme s'ils découvraient là une zone pleine de sensations (on sait la représentation importante de la main sur la circonvolution pariétale ascendante).

Note : Si visualiser un objet naturel n'a pas posé de problème, certains ont eu plus de mal à rester centrés sur l'objet. Pour d'autres, le fait de s'attacher aux caractéristiques de l'objet a facilité l'exercice.

GÉRER LE STRESS LIÉ À LA PERSPECTIVE D'UN FUTUR SPECTACLE – « OPTIMISER SES POTENTIALITÉS »

La sophro-acceptation progressive permet d'anticiper le moment de la représentation et d'appivoiser, dans ces conditions de détente, le stress généré par la scène. Elle invite chaque participant à mieux cerner ce qui, pour lui, est générateur de stress : la crainte du trou de mémoire, être submergé par le trac, la présence du public, afin de pouvoir trouver ses ressources pour s'en libérer.

La mise en place d'un signe-signal peut s'avérer utile pour calmer une certaine fébrilité ou pour endiguer le trac.



IMPORTANT

Le choix du signe-signal s'effectue en fonction du contexte (il serait difficile ici de proposer de rapprocher pouce et index comme cela est classiquement utilisé, chaque geste sur scène étant grossi et perçu par les spectateurs). En accord avec les participants, nous avons opté pour la mise en place d'une respiration abdominale ample et profonde, ce dès l'installation sur scène.

Exercices de pratique

Cette séance se déroule 2h30 avant le spectacle, alors que ces élèves sortent d'une épreuve de bac blanc. Ils sont à la fois fatigués et énervés...

- Sophro-déplacement-négatif.
- Sophronisation de base en insistant sur la détente des joues, des mâchoires, de la bouche...
- Respiration abdominale.
- Gestes du cou (rotation et étirements de la tête).
- Détente approfondie par la respiration abdominale.
- SAP prestation théâtrale... Suivre le déroulement... Bien situer son moment d'intervention... Sentir son personnage... Se voir et se sentir lire son texte avec facilité... Respiration profondément ancrée dans l'abdomen, libérant chaque fois plus de calme... Voix claire... audible...
- Sensations du corps, respiration abdominale... Être bien dans son personnage, dans le passage choisi... À la fin du spectacle... se sentir heureux de la prestation...
- Déplier les jambes, circumduction des chevilles en intensifiant progressivement sa respiration, afin de redynamiser corps et mental.
- Rouvrir les yeux, prendre appui sur ses mains pour passer en posture debout.
- Enracinement – prise de conscience de la position debout.
- Geste de moulinets.
- Récupération – détente.
- Reprise.

L'exercice de sophro-déplacement du négatif a permis de se libérer des tensions, avant de vivre en état sophronique leur prestation future. Ils ont pu ensuite s'impliquer dans les derniers préparatifs du spectacle.

La sophrologie s'est inscrite à différents moments de la « vie théâtrale » de ces jeunes : cours, répétitions, représentations. Par rapport à l'objectif déterminé : la concentration, nous avons pu constater une attention très présente et une grande disponibilité, particulièrement appréciable dans le travail d'improvisation. La mémorisation des exercices ou répétitions a été effective.

Nous avons fait l'expérience de représentations qui se sont déroulées sans erreurs, ni tâtonnements (alors qu'aucun « filage » n'avait eu lieu auparavant) et où chaque participant a pu faire « passer » son texte avec l'intensité et l'émotion nécessaire, sans être paralysé par le trac.

Pour des adultes non professionnels, moins rompus à ces approches, les séances suivent le même déroulement mais se limitent dans un premier temps à n'explorer qu'un aspect à la fois. Prenons l'exemple du travail sur la mémoire sensorielle.

Exemple de pratique

En posture assise

- Étirements bras puis relâchement, accueil des sensations.
- Relâchement rapide des différentes parties du corps.
- Attention portée au niveau des yeux ; puis laisser venir une image, un paysage, un tableau... que l'on aime... prendre le temps de découvrir certains détails en laissant se déployer le phénomène.
- Temps d'intégration.
- Retour au ressenti du corps détendu.
- Reprise.

SOPHRONISATION DE BASE ET AUTRES TECHNIQUES PROPOSÉES DANS LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PERSONNAGE

Ces séances viseraient plutôt à aider l'acteur « au travail », dans sa préparation intérieure. « Travail » devant être pris non seulement dans son sens premier, mais également dans le sens de donner naissance à un nouvel être : le personnage. La démarche de l'acteur consiste alors à découvrir et utiliser les aspects de son individualité « en résonance » avec le personnage. Mais il doit d'abord se dessaisir de son « masque social », car ainsi que l'exprime Augusto Boal :

« Chez chacun de nous, la personne qui existe ne se révèle pas totalement. Volontairement, ou sous l'effet de contraintes sociales, la personne se réduit et devient personnalité. La personnalité n'est qu'une manifestation possible de la personne. Le personnage en est une autre. Les deux, personnalité et personnage émanent de la même personne. Que doit faire l'acteur pour créer son personnage ? Oublier momentanément sa propre personnalité (réduction de sa personne) et plonger à l'intérieur de sa personne pour y trouver les éléments émotionnels et autres qui peuvent servir à la construction de son personnage. » (Boal, 1997)

Le *terpnos logos* (mode verbal doux et monocorde) induit cet « état crépusculaire » évoqué par les sophrologues et « caractérisé par un abaissement du contrôle intellectuel avec parallèlement, un surgissement, voire une libération de l'imaginaire et de l'affect » (Etchelecou, 1989). C'est cette zone d'activation intrasophronique qui a été utilisée pour atteindre les objectifs cités.

Cette zone sera utilisée ici pour :

- libérer l'imaginaire ;
- retrouver certains états émotionnels pour le personnage ;
- gérer le stress post-scénique.

CONSEIL

Vu le niveau de vigilance où se pratiquent ces séances, il est préférable de les faire à distance d'un travail d'interprétation sur scène.

Libérer l'imaginaire

Exercices de pratique

Objectif : créer un état de disponibilité en vue de favoriser l'imaginaire et inviter à des associations libres concernant la pièce, le personnage :

- sophronisation de base ;
- penser au personnage (ou à la pièce si besoin était) et laisser associations se déployer, que ce soit sous forme d'images, de sensations ou de mots... sans *a priori* ni jugement du mental ;
- intégration de ces éléments ;
- retour sensation du corps ;
- reprise.

Cette pratique est proposée en aval du travail intellectuel de compréhension des intentions de l'auteur et du contexte historique. Une autre approche, plus inductive est également possible, visant à aider le comédien dans le travail d'élaboration puis d'interprétation du personnage.

Dans cet exemple, il s'agira d'aider la comédienne à incarner le personnage d'Antigone.

Exemple de pratique

- Sophronisation de base.
- S'imaginer à l'époque grecque, dans les lieux familiers à Antigone...
- « S'inscrire » dans l'histoire de ce personnage, dans ce passé qui le constitue, les liens qui l'unissent aux autres personnages de la pièce.
- Explorer librement son personnage.
- Intégrer les informations perçues.
- Retour aux sensations de son corps, dans le présent.
- Reprise.

Pendant la séance, elle a pu se voir en Grèce, habillée d'une manière qui laissait déjà deviner le caractère d'Antigone, puis aller au marché..., retrouver sa vieille nourrice.

Note : C'est volontairement que les indications n'ont pas été données de façon plus précise, afin de laisser la comédienne libre dans son travail d'élaboration.

Retrouver un état émotionnel pour le personnage

Il est souvent demandé au comédien d'exprimer une émotion vécue par le personnage. Pour être vrai, il va devoir « plonger à l'intérieur de sa personne... » (Boal, 1997) ; retrouver les circonstances ayant généré chez lui une émotion analogue et en percevoir à nouveau les manifestations, tant sur le plan physique qu'au niveau de « l'ambiance intérieure ».

Cette approche lui permet d'être à la fois dans l'état émotionnel voulu et dans une capacité de « témoin », limitant ainsi le risque de se laisser submerger par l'émotion.

Exercices de pratique

- Sophronisation de base.
- Définir état émotionnel du personnage dans telle scène.
- Laisser émerger le souvenir d'une situation générant un état émotionnel analogue.
- Accueil des « expressions et impressions » de cet état : sensations corporelles, ambiances, idées...
- Intégrer ces informations.
- Retour respiration abdominale, instant présent.
- Sensation du corps dans sa globalité, sa position dans l'espace...
- Reprise.

Gestion du stress « post-scénique »

L'idée est de pouvoir se libérer de l'impact d'une émotion trop prégnante, pratique utile notamment dans les cours. Dans cet exercice, il s'agit de retrouver un état de calme après avoir joué une scène de terreur. Je propose l'utilisation d'une image de bien-être comme signe-signal à mettre en place dès la fin de la scène ou de la représentation, suivant le cas.

Exercices de pratique

- Sophronisation de base.

- Image de bien-être.
- L'installer en tant que signe-signal.
- Reprise.

Il nous a semblé intéressant d'utiliser l'image positive comme régulateur d'une manifestation émotionnelle intense, faisant ainsi jouer l'antagonisme présent entre émotion et représentation : « On ne peut être en même temps concentré sur une représentation mentale qui nous absorbe entièrement et être ému et contracté » (Etchelecou, 1989).

3. Limites et orientations

Limites

La sophrologie va aider l'acteur à libérer son potentiel d'expression, à épanouir ses dons, à approfondir sa connaissance de soi, de ses ressources, de ses mécanismes personnels. Il saura alors les solliciter pour son travail. Cependant, elle ne va pas conférer du talent à celui qui n'est pas doué.

Il est important de veiller à ne pas amener l'artiste à un niveau de vigilance profond si celui-ci est en représentation dans les heures suivantes. Si l'on se réfère à l'éventail de Caycedo (présentant la démarche sophrologique à travers les niveaux et états de conscience), l'entraînement visera à atteindre l'état sophronique rapidement sans trop baisser le niveau de vigilance.

Il semble difficile de trouver un temps (même réduit) pour cette pratique dans certains cours de théâtre amateur s'adressant à des adultes. En effet, ceux-ci ont lieu le soir, sur un laps de temps toujours insuffisant au vu du nombre d'élèves, et donc de scènes à faire passer. La plupart des professeurs (surtout s'ils n'ont pas eu ce type d'approche dans leur propre formation) privilégient le travail sur l'interprétation et le jeu scénique. D'autre part, pour beaucoup d'élèves amateurs, faire du théâtre est associé à l'idée de jouer, de s'extérioriser... et donc ils ne perçoivent pas toujours l'intérêt d'une telle pratique.

Orientations

« Faisons un rêve » : et si la pratique de la sophrologie était proposée dans les conservatoires et écoles d'art dramatique ? Elle y aurait sa place, au même titre que d'autres disciplines déjà présentes (Feldenkrais, tai-chi...).

La sophrologie appliquée à la pratique théâtrale est un domaine dont il reste bien des aspects à approfondir, notamment en ce qui concerne le développement des capacités psychiques, émotionnelles du comédien en « résonance » avec le personnage qu'il va incarner.

Parmi les autres approches à explorer figurent les techniques d'apprentissage, visant à une activation de la mémoire, et qui pourraient être utiles à l'acteur pour mémoriser plus facilement son rôle.

4. Conclusion

Ainsi que nous l'avons évoqué, le théâtre oblige le comédien à se dépouiller de tous les conditionnements sociaux, de tous les automatismes mentaux et physiques afin de pouvoir jouer en pleine conscience. La sophrologie représente une aide non négligeable dans cette démarche.

La relaxation dynamique, de par la richesse des exercices dont elle dispose, de par la résolution tonique et l'activation psychophysique qu'elle entraîne nous apparaît être une des techniques propices au développement conscient des capacités de l'acteur. Elle contribuerait à renforcer l'équilibre psycho-affectif du comédien. Les autres pratiques favorisent l'émergence non seulement de l'imaginaire, ou de l'affectif, mais également, à certains moments, d'une expression nouvelle, étrangère à l'acteur ou tout au moins ignorée de lui jusque-là. Toutes développent la concentration, qualité essentielle pour le comédien.

La dimension phénoménologique est une des particularités de la sophrologie. Elle développe une conscience observant les phénomènes qui apparaissent sans les qualifier de positifs ou négatifs, mais comme ce qui émane et qui est à accueillir dans une neutralité. Ce qui rejoint l'enseignement dramatique.

Le théâtre n'est plus, comme à ses débuts en Grèce, une institution dans la cité et, malgré certaines initiatives, telle celle de Jean Vilar, il a beaucoup de peine à retrouver sa fonction de service public. Cependant, la scène reste un instrument d'éducation et d'émancipation, notamment en respectant une préoccupation essentielle : « offrir un miroir aux préoccupations majeures des hommes de cette époque ». Le théâtre est création vivante, sensible... C'est la représentation extérieure de notre propre théâtre intérieur. Le théâtre est conscience.

La sophrologie, dans sa dimension philosophique, témoigne de cette même aspiration, notamment lorsqu'elle se réfère à l'Allégorie de la Caverne de Platon. Dans un certain sens, ne peut-on pas dire que le Monde est le théâtre où se déroule notre

existence ? Et que chacun de nous est « acteur malgré lui », plus ou moins conscient du rôle qu'il joue... Dans son accomplissement, le comédien passe du statut d'instrument à celui de créateur qui va pouvoir utiliser et « jouer » de toutes ses ressources. C'est le but de l'enseignement...

S'il y a des « méthodes », elles ne servent que de fil d'Ariane pour mener à cet état où l'individu fait appel à ce qui est certainement plus que sa « substance » ; son « essence » pour incarner le personnage.

5. Bibliographie

- ABÉCASSIS N.- N. (non édité). *Du théâtre et des différences essentielles entre théâtre et cinéma...*
- ABREZOL R., HUBERT J.-P. (1990). *Traité de sophrologie*, t. II, Paris, Courrier du livre.
- BERTRAND J.-L., HAQUETTE L., HÉLIX M.-C., HUBERT J.-C (2007), *Le Théâtre*, Rosny-sous-Bois, Bréal.
- BOAL A. (1997). *Jeux pour acteurs et non acteurs*, Paris, La Découverte.
- BOAL A. (1997). *Jeux pour acteurs et non-acteurs*, Paris, La Découverte, p. 183-184.
- BONNICHON A. (1942). *Psychologie du comédien*, Paris, Mercure de France, p. 196-197.
- DAVROU Y. (1991). *Comment relaxer vos enfants pour les préparer à leur avenir*, Paris, Retz.
- DESHOULIERES C. (1993). *Le Théâtre au xx^e siècle en toutes lettres*, Paris, Bordas.
- ETCHELECOU B. (1989). *Manuel de sophrologie pédagogique et thérapeutique*, Paris, Maloine.
- FEIJOO J., MARCEL J.- L., RENNER J.- P. (1985). *Traité de sophrologie*, tome III, Paris, Courrier du livre.
- GUIBERT N. (1994). *Regards sur le théâtre*, Paris, Éditions du Sorbier.
- HUBERT J.- P. (1980). *La Relaxation dynamique*, Paris, Centre de sophrologie de Paris, p. 37.
- LARTHOMAS P. (1992). *Technique du théâtre*, Paris, PUF, p. 12.
- MIQUEL J.- P (1994). « Préface », in *Regards sur le théâtre*, Guibert N., Paris, Sorbier.
- PECOLLO J.- Y. (1995). *La Sophrologie, chemin vers la conscience*, Paris, J'ai lu.
- STANISLAVSKI C. (1983). *La Construction du personnage*, Paris, Pygmalion.
- STANISLAVSKI C. (1994). *La Formation de l'acteur*, Paris, Payot, p. 78, p. 105.
- VERSINI G. (1991). *Le Théâtre français depuis 1900*, Paris, PUF.
- VILAR J. (1994). « Introduction », in Stanislavski C., *La Formation de l'acteur*, Paris, Payot.
- WEHLE P. (1991). *Le Théâtre populaire selon Jean Vilar*, Paris, Actes Sud.

Chapitre

13

Sophrologie auprès de personnes en difficulté

d'insertion professionnelle

MARIE-CHRISTINE OSSET

Sommaire

1. L'importance du travail.....	265
2. La pratique de la sophrologie comme premier pas vers le retour à une activité.....	269
3. Observations.....	279
4. Propositions de pistes.....	285
5. Bibliographie.....	286



DÉFINITION

J. Hayes et P. Nutman définissent le chômage comme étant « un état d'inactivité vécu par des personnes qui se considèrent ou qui sont considérées par d'autres comme des membres potentiels de la population active. Ceci ne signifie pas que les individus en chômage ne fassent rien, car nous utilisons le terme "travail" dans son acception moderne, c'est-à-dire emploi rémunéré. Les chômeurs sont donc ceux qui sont disponibles pour le travail et qui n'arrivent pas à en trouver » (Hayes, Nutman, 1961, p. 8).

1. L'importance du travail

Le travail tient une place essentielle dans nos sociétés :

- **Source de revenus**, il assure l'autonomie financière indispensable même si le salaire ne représente pas la seule motivation au travail.
- **Sentiment d'appartenance à un groupe**. Les heures passées sur le lieu de travail permettent de tisser des contacts sociaux, des rituels quotidiens.
- **Participation à la satisfaction du besoin d'activité**. La dépense d'énergie physique et mentale est nécessaire à l'homme. Lorsqu'on interroge des personnes sur leur désir de travailler, elles invoquent le besoin d'activité.
- **Structuration du temps**. Durant sa vie, l'être humain fonctionne sur le principe de l'alternance qui rythme son existence et qui est propre à chacun (activité, repos, travail, détente...). Le travail est bien un élément de vie qui participe à l'organisation de la vie en déterminant l'heure du lever, en ponctuant les week-ends, les congés, en permettant de se projeter en fonction des contraintes de temps et en organisant ainsi la vie sur un axe temporel.
- **Participation à l'identité et au besoin de reconnaissance de chacun**. Le métier forme souvent le contour d'une image à laquelle nous nous identifions et grâce à laquelle nous sommes reconnus comme la personne X ayant des compétences dans un domaine Y. Au-delà des compétences propres au métier, cette appartenance à un milieu professionnel permet également de poser des hypothèses concernant les études, les revenus... Le travail représente donc une indication de statut à l'intérieur d'un réseau de relations entre individus.

Fiche

Impact de l'absence ou de la perte d'activité

Les études montrent un processus évolutif au cours duquel l'individu se trouve confronté à différents états émotionnels.

Une phase de choc

Certaines personnes vivent ce début de chômage comme une délivrance, passant d'une vie contraignante à une vie sans obligations ; ces premiers moments de chômage sont alors vécus comme des vacances bien méritées. D'autres personnes se retrouvent en état de choc pouvant refuser la situation, se mettre en colère, essayer de négocier en éprouvant un sentiment d'impuissance et vivant une situation de décalage par rapport à la réalité.

Une phase d'espoir

Le chômeur se lance dans la recherche d'emploi, gardant l'espoir de retrouver rapidement un travail. Lorsque les démarches n'aboutissent pas, on assiste à une période de stagnation

amenant de l'anxiété, un désintérêt ou une agressivité dirigée vers l'extérieur (la société, les employeurs...).

L'optimisme ou la confusion

Lors de cette troisième phase, deux grands types de réactions se font jour. Pour certains, malgré des démarches infructueuses, on assiste à une remise en question des recherches déjà effectuées et au maintien de l'optimisme grâce à l'émergence de nouvelles aspirations, de projets différents.

Pour d'autres au contraire, c'est la confusion, le pessimisme est fréquent et un sentiment de perte d'identité entraîne un repli sur soi, des conflits interpersonnels.

La confiance en soi, le découragement

Après une période assez longue de chômage, la plupart des personnes se tournent vers elles-mêmes, laissant pour un moment les causes extérieures. Cette phase-là renvoie à une période de bilan et en fonction du vécu et des expériences personnelles, deux types de réactions peuvent survenir : la personne teste les rapports entre elle-même et sa nouvelle réalité.

Dans d'autres cas, on peut assister à une autodestruction psychique et même physique. Les compétences professionnelles sont remises en cause, le chômeur a tendance à se cacher et à redouter les contacts avec autrui qui pourraient accentuer son sentiment d'échec.

Le chômage créateur ou la résignation

La période de chômage peut amener à remettre en question des valeurs, des motivations et permettre de donner une nouvelle orientation à sa vie professionnelle. La personne est capable d'intérioriser la réalité et une identité personnelle nouvelle. C'est en ce sens que J. Limoges parle de chômage créateur.

Cette expérience de chômage représente donc un temps de profond remaniement personnel, de remises en cause importantes. C'est une période, comme nous venons de le voir, au cours de laquelle chacun réagit de manière individuelle, mais un point commun à tous est le fait de ressortir de cette expérience en ayant opéré un changement interne, car tout au long de cette période, la personnalité est ébranlée. Parmi les perturbations fréquemment rencontrées, nous nous intéresserons à la perte de l'estime de soi.



GROS PLAN

Les particularités des chômeurs en situation d'illettrisme

Ce terme est apparu au début des années 1980 et recouvre des degrés de difficultés divers avec l'écrit et l'oral. A. Bentolila, spécialiste en France de l'illettrisme parle de « l'incapacité à concevoir que l'autre se trouve sur un territoire d'informations clairement distant du sien,

l'extrême difficulté à développer par la parole une intention de conquête pacifique nourrissent un processus d'enfermement linguistique. Une fois affaibli le pouvoir de la parole, suit nécessairement une rupture souvent définitive avec l'écrit. Lorsqu'un individu se trouve contraint de limiter le cercle des gens à qui il peut s'adresser, lorsqu'en d'autres termes un individu se trouve condamné à une communication de connivence et de proximité, c'est le regard qu'il porte sur le monde qui s'en trouve émoussé, c'est le pouvoir qu'il peut exercer sur le monde qui en sort du même coup terriblement amoindri » (Bentolila, 1996, p 61).

L'illettrisme va de pair avec de nombreuses détresses sanitaires et sociales : pauvreté, conditions de vie précaires, problèmes de santé, chômage... Pour la majorité du public illettré au chômage, nous retrouvons des caractéristiques constantes à des degrés divers :

- un état de santé souvent précaire ;
- des perturbations au niveau de la vie familiale (notamment chez les femmes seules avec des enfants) ;
- une incapacité à effectuer des démarches de la vie quotidienne ;
- un repli sur soi avec le sentiment d'avoir « raté » des étapes qui entraîne un ressenti d'échec profond, de cassure qui apparaît de manière constante ;
- la perte de confiance dans l'avenir : il est bien souvent difficile de se projeter. La succession de démarches diverses, d'attentes, d'espoir entraîne une désorganisation du temps, de l'espace, des rapports sociaux qui aboutit à une perte du sens de la vie, des repères ;
- un sentiment de honte, lié à l'accumulation d'échecs divers va souvent de pair avec la peur de l'autre et des jugements qu'il pourrait porter.

De l'importance de l'estime de soi

L'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur, croire en sa réussite personnelle, se mobiliser en fonction d'un but à atteindre, ressentir plus ou moins profondément un échec, améliorer ses performances en mettant à profit ses expériences passées, toutes ces attitudes sont directement liées à l'estime de soi. Or, si les expériences positives valorisent, motivent, forgent une image de soi rassurante, contribuant ainsi à donner à l'individu un niveau d'estime de soi important, l'échec quant à lui perturbe et entraîne une évaluation négative de soi-même.

L'estime de soi indique donc dans quelle mesure une personne se croit capable, valable ; elle est l'expression d'une attitude intérieure consistant à se dire qu'on a de la valeur, de l'importance. Cette attitude est donc liée à la connaissance de soi et à l'amour que l'on se porte avec ses qualités et ses limites, en s'appréciant et en s'acceptant comme tel.



INFOFLASH

Pour Christophe André et François Lelord, l'estime de soi repose sur trois composantes qui se sont développées dès l'enfance :

- **l'amour de soi**, une acceptation inconditionnelle qui n'est pas sous la dépendance des performances mais de notre capacité à nous accepter parce que l'on se croit digne d'amour ;
- **la vision de soi** est une évaluation que l'on fait de ses qualités et de ses défauts. Il ne s'agit pas ici de l'importance du caractère véridique ou non de cette évaluation mais de la conviction de la personne de posséder ces qualités ou défauts ;
- **la confiance en soi** s'applique davantage à notre capacité à agir.

Dès l'enfance, nous nous forgeons donc une image de nous-mêmes à partir notamment de l'image que nous renvoient les personnes ayant un rôle important dans notre vie. L'estime de soi s'élabore à partir d'un flux complexe d'identifications, d'espérances et est donc soumise à des fluctuations. L'estime de soi est susceptible de se modifier en fonction des expériences, des étapes de la vie.

De nombreuses recherches renforcent l'importance de l'estime de soi dans la vie personnelle et dans les rapports sociaux. Les recherches menées par Vroom (1964) sur la motivation prouvent le rôle inhibiteur de la dévalorisation personnelle. Ceux de Warr (1983) ont montré une baisse significative de l'estime de soi chez les chômeurs qui se perçoivent comme incapables de se réadapter à une activité professionnelle régulière.

Une recherche menée par Ferrieux en 1982 montre que le niveau d'estime est plus bas chez les jeunes au chômage mais également qu'une faible estime au moment des études scolaires augmente la probabilité ensuite d'être au chômage. Un niveau « d'assurance » minimum de sa valeur personnelle est donc une condition pour la mise en œuvre de projets personnels.



CAS PRATIQUE

Témoignage de quelques stagiaires, chômeurs de longue durée en situation d'illettrisme qui définissent l'estime de soi

« Peut-être une manière de faire, de s'apprécier, de se revaloriser pour soi-même et pour son entourage, Aussi une façon de ne pas entendre le jugement des autres, de définir sa propre personnalité, de mettre en valeur un certain charisme ou de trouver une identité. L'autocritique c'est peut-être un moyen de moduler son estime. »

« Je n'ai jamais eu l'occasion de faire un bilan sur moi-même mais les gens peuvent mieux voir mes qualités et mes défauts, Aussi, je suis un être humain avec mes qualités et mes défauts et je voudrais bien comme tout être humain normal, réussir dans ma vie. »

« L'estime de soi c'est se connaître soi-même, connaître ses qualités et ses défauts, être en paix avec soi-même, être en équilibre, être libre. »

« L'estime de soi est toute relative car parler de soi-même ne peut être qu'aléatoire, Je pense que l'amour, l'avis des autres est important, Je m'estime par rapport à mes actes et surtout je reste humble. »

2. La pratique de la sophrologie comme premier pas vers le retour à une activité

Pourquoi la sophrologie dans le cadre d'un stage ?

Dans le parcours d'un chômeur, l'accès à un stage représente un moment clé.



INFOFLASH

Une étude menée par deux étudiants en psychologie de l'université de Lausanne en lien avec Eva Clot-Siegrist, maître d'enseignement et de recherche de l'Institut de psychologie de cette université (février 2008) montre l'évolution de l'estime de soi durant une période de stage, 131 personnes de 19 à 61 ans ont participé. Le questionnaire donné en début et en fin de stage fait état d'une progression de l'estime de soi. Deux mois après la fin du stage, ces mêmes personnes ont été sollicitées une nouvelle fois et 71 personnes ont répondu. Cette troisième mesure fait état d'une chute du niveau d'estime de soi, atteignant même des niveaux inférieurs à la mesure de départ. Les auteurs font donc le

constat que les mesures ponctuelles et limitées ne suffisent pas à « remodeler » les schémas d'interprétation des personnes.

Malgré tout, ces périodes apportent des éléments positifs et constructifs qu'il me paraît intéressant d'ancrer, de développer sur du plus long terme par le biais de la sophrologie.

Il s'agit tout d'abord d'un retour à la reconnaissance d'un statut identifié. De fait, pendant toute la durée du stage, la personne n'est plus considérée comme demandeur d'emploi, mais comme stagiaire de la formation professionnelle. Cette période de formation représente donc un espace-temps durant lequel le stagiaire a accès à :

- des repères spatiaux temporels (se rendre chaque jour au centre de formation, respecter les horaires) ;
- des relations sociales (avec les autres stagiaires, les formateurs, les personnes rencontrées lors des démarches, des stages en entreprise...) ;
- des actions spécifiques d'aide à la remobilisation autour d'un projet, un soutien pour une remise à niveau des connaissances de base ;
- des périodes en entreprises permettant l'initiation ou le retour à des gestes professionnels.

Il me semble intéressant de profiter de ce moment privilégié pour offrir la possibilité de mener un travail sur soi en mobilisant des capacités intérieures, en améliorant et en développant la connaissance de soi. La sophrologie peut aider la personne, par le biais de l'entraînement, à poser un autre regard sur elle-même, à transformer le rapport qu'elle a avec elle-même et améliorer son estime personnelle.

Nous savons que le stage et les différentes démarches qui y sont associées, développent chez les stagiaires des capacités, des potentialités, des prises de conscience qui interviennent sur l'estime de soi. L'entraînement sophrologique est un outil complémentaire qui a toute sa place au sein de la formation auprès d'un public en difficultés.

La mise en place d'un protocole au sein d'un groupe

CONSTITUTION D'UN GROUPE

Compte tenu de la nécessité de l'entraînement, de la régularité de celui-ci, j'ai fait le choix de proposer les séances à un groupe en stage pour six mois (de juin à décembre), la périodicité des séquences en centre de formation et en entreprises permet d'offrir une régularité dans la progression des séances. Les participants au

stage ont tous le statut de chômeur longue durée et sont repérés comme étant illettrés à des degrés divers.

Une semaine après le démarrage du stage, je suis intervenue pour proposer à l'ensemble du groupe un atelier. Lors de cette présentation, j'ai insisté sur plusieurs points :

- la possibilité de s'initier à des techniques pour se détendre, se relaxer, gérer au mieux le stress du quotidien ;
- la possibilité de prendre conscience de ses compétences, de ses capacités, j'ai alors abordé la notion d'estime de soi et de son importance dans la vie de chacun ;
- la notion de « volontariat » en précisant que cet atelier n'avait aucun caractère obligatoire, qu'il s'inscrivait dans une démarche personnelle et volontaire de chacun ;
- l'engagement à suivre le cycle entier si la personne choisissait de s'engager, j'ai alors insisté sur l'entraînement personnel, la progression des séances, le temps nécessaire pour intégrer les exercices proposés avant de les utiliser de manière autonome. J'ai présenté les différentes techniques de la sophrologie que l'on utiliserait (des techniques dynamiques et des techniques statiques). L'utilisation d'un vocabulaire simple, concret, est alors nécessaire.

À la fin de cette présentation, les personnes qui le souhaitent ont posé des questions concernant les conditions concrètes des séances, ce qui m'a également permis d'aborder la notion de confidentialité, de respect au sein du groupe.

La première séance a été programmée pour la semaine suivante. Ce délai devait permettre à chacun de réfléchir quant à sa participation à l'atelier. Les séances ont démarré trois semaines après le début du stage, chaque mardi à 9 heures, j'ai accueilli les stagiaires pendant 1h30. Compte tenu de l'alternance, des impératifs du stage, j'ai proposé dix séances étalées de juin à octobre.

CONDITIONS MATÉRIELLES DES SÉANCES

Les séances ont été réalisées dans une salle de formation assez spacieuse. J'ai proposé de les effectuer en positions debout et assise. Au fil des séances, des stagiaires ont expérimenté par eux-mêmes la position allongée ce qui a permis une discussion intéressante quant aux préférences des uns et des autres. Concernant le niveau sonore, je me suis efforcée à chaque fois d'intégrer les bruits de voix provenant des salles de formation voisines. Malgré tout, certaines personnes ont été perturbées lors de plusieurs séances.

PROGRESSION ET STRUCTURE DES SÉANCES PROPOSÉES

Chaque séance était structurée de la même manière :

- Accueil des stagiaires.
- Une phase de dialogue abordant le vécu depuis la dernière séance, l'entraînement, les difficultés rencontrées...
- Présentation de la séance du jour avec une information concernant le but de celle-ci, la démonstration des mouvements, la présentation de l'activation intrasophronique (travail de renforcement du positif de la conscience sur l'axe temporel : passé, présent, futur).
- Animation de la séance.
- En position debout :
 - recherche de l'équilibre ;
 - lecture du corps segment par segment ;
 - conscience de la respiration ;
 - mouvements de relaxation dynamique suivis d'un temps de récupération.
- En position assise :
 - sophronisation de base (détente pour amener le sujet entre veille et sommeil) ;
 - activation intrasophronique ;
 - désophronisation (phase progressive, guidée, de retour à la vigilance de départ) ;
 - phénodescription (temps personnel pendant lequel chacun fait une lecture de l'expérience qu'il vient de vivre. La phénodescription correspond à un passage à l'écrit laissant ainsi une trace du vécu. En fonction de la problématique liée à l'illettrisme de chacun, le passage à l'écrit comportait des phrases simples ou quelques mots) ;
 - dialogue post-sophronique (échange oral concernant l'expérience et le vécu de la séance).

Progression et détail des dix séances

Exemple de pratique

Séance n° 1

L'information présophronique met l'accent sur l'importance de la respiration, ses fonctions, le repérage des différents étages.

En position debout, chacun s'installe dans son équilibre en fermant les yeux, et se concentre sur sa respiration spontanée.

Il est alors proposé de porter sa main à l'endroit où la respiration est la plus active et d'accueillir les sensations.

La séance se poursuit ensuite par une exploration des différents étages de la respiration.

La désophronisation est suivie d'un moment de dialogue post-sophronique.

Séance n° 2

Les buts de la relaxation dynamique sont repris (mobilisation de différentes parties du corps, concentration, accueil des sensations quand le mouvement s'arrête).

L'objectif principal est l'approche du schéma corporel.

En position debout

- Chauffage corporel : « Pour mieux percevoir la respiration, vous placez une main sur le ventre... sur l'expiration, vous rentrez le ventre... sur l'inspiration, vous gonflez le ventre... c'est le souffle qui rythme le mouvement... progressivement vous accélérez... et quand vous le désirez... Vous retrouvez votre respiration naturelle... Vous repérez les sensations dans votre corps... puis deux autres fois, respiration d'abord lente puis rapide... toujours avec l'abdomen. »
- Gestes du cou : « Vous stimulez votre tête, votre cou par des mouvements... tout d'abord, des mouvements d'avant en arrière comme pour dire oui... trois fois de suite... sur l'inspiration vous penchez la tête en avant, menton sur la poitrine et sur l'expiration vous amenez la tête en arrière... puis, des mouvements de gauche à droite, comme pour dire non... trois fois à votre rythme... Ensuite en respiration libre, vous effectuez des cercles, comme si la tête suivait un cercle imaginaire... en commençant par la droite ou par la gauche... plusieurs fois avant de retrouver votre tête en équilibre sur les épaules... enfin, vous stimulez la gorge, le cou, le haut de la poitrine... Vous mettez cette région en tension en faisant une grimace, en étirant les coins de la bouche... inspir... contraction tension... expir, relâchement... Accueil des sensations. »
- Rotations axiales : « Vous effectuez maintenant des rotations du buste... en respiration libre... le buste tourne de droite à gauche... de gauche à droite... en laissant les bras, les mains totalement libres... puis le mouvement s'arrête doucement... naturellement... Vous repérez les sensations présentes dans votre corps... »

En position assise

Une sophronisation de base, l'exploration du corps segment par segment est suivie d'une globalisation et se termine par l'évocation de la détente.

Séance n° 3

Information portant sur la sophro-respiration synchronique.

Après avoir expliqué la technique visant à synchroniser la respiration avec une formulation mentale, j'ai invité chacun à choisir un mot synonyme pour soi de détente.

J'ai insisté sur l'importance de la concentration sur le mot à l'expir permettant de diffuser et d'intégrer les sensations de détente dans tout le corps.

En position debout

- Recherche de l'équilibre.
- Ancrage au sol.
- Lecture du corps.
- Trois mouvements :
 - Gestes du cou.
 - Pompes des épaules : « Après le cou, stimulation des épaules et des bras... sur l'inspiration, vous montez les épaules très haut... en rétention d'air, vous secouez les épaules de haut en bas... puis vous expirez... Vous relâchez... accueillez des sensations... Vous refaites deux fois le mouvement, à votre rythme... ».
 - Sauts de polichinelle : « Un dernier mouvement avant de vous asseoir... des petits sautilllements sur place, comme un polichinelle... en respiration libre... les bras ballants... la tête libre... Vous sautillez... quand vous souhaitez arrêter, vous vous asseyez pour accueillir les sensations... »
- Récupération/détente.

En position assise

- Conscience du corps dans la nouvelle position.
- Sophronisation de base.
- Sophro-respiration synchronique avec approfondissement de la détente à partir du mot choisi par chacun.

« Je vous propose de vous concentrer sur votre respiration... l'inspir... l'expir..., vous vous servez de la respiration... pour approfondir votre détente... Laissez venir un mot, une image qui évoque pour vous le bien-être, l'apaisement... à

chaque inspir, vous vous concentrez sur ce mot, cette image... à l'expir, vous laissez se diffuser les sensations de détente dans tout votre corps... jusqu'aux extrémités. »

Séance n° 4

Information présophronique. Approche de la concentration à partir de la venue à la conscience d'un objet naturel, neutre sur lequel chacun va se concentrer pendant la séance. J'ai proposé aux participants de choisir un objet avant le début de la séance sur lequel il s'agirait ensuite de se concentrer, à partir de sa forme, de sa couleur, de sa matière, et il serait possible de le voir de près ou de loin.

En position debout

- Ancrage au sol.
- Lecture du corps.
- Quatre mouvements :
 - Chauffage corporel.
 - Moulinets : « Vous choisissez un bras... le gauche ou le droit... à l'inspir vous montez le bras à l'horizontale... Vous serrez le poing... Vous tendez le bras... et plein d'air... rotation du bras... Vous tournez... et sur l'expiration vous jetez le bras devant vous... et vous vous relâchez... Vous vous détendez... accueil des sensations... »
 - Hémi-corps : « Vous allez maintenant explorer le corps moitié par moitié... sur l'expiration, vous levez un bras et vous étirez le plus possible vers le haut... en même temps, vous appuyez très fort sur le pied du même côté... comme si vous vouliez vous ancrer... le reste du corps reste détendu... puis sur l'expir, vous relâchez... Vous refaites le mouvement deux autres fois avec le même côté... tension, rétention, étirement... même mouvement trois fois avec l'autre côté... accueil des sensations... dans un souci d'harmonie, vous allez étirer les deux bras vers le haut en même temps... »
 - Rotations axiales.
- Récupération/détente.

En position assise

- Sophronisation de base.
- Concentration sur un objet neutre.

Séance n° 5

J'ai proposé une futurisation. J'ai donc invité les participants à choisir avant le début de séance une situation à court ou moyen terme. Le choix doit se porter

sur une situation *réussie* afin de vivre les sensations, les sentiments procurés par cette réussite.

En position debout

- Ancrage au sol.
- Lecture du corps.
- Trois mouvements :
 - Exercice respiratoire n° 1 : « En inspirant, vous levez les deux bras en même temps... plein d'air, vous bouchez les narines avec les pouces et vous vous penchez en avant... rétention d'air... quand vous le désirez, vous laissez partir l'air... accueil des sensations... relâchement... redressement du corps... Vous refaites le même mouvement deux autres fois à votre rythme... »
 - Gestes du cou.
 - Sauts de polichinelle.
- Récupération/détente.

En position assise

- Sophronisation de base.
- Induction de la détente.
- Activation intrasophronique : futurisation.

Cette première futurisation a permis une projection dans une action, un projet simple que chacun désire réussir.

Séance n° 6

Évocation du passé à partir d'une expérience *réussie*, Lors de l'information pré-sophronique, il est important d'être vigilant en proposant de retrouver une situation simple, l'important étant de retrouver des sensations, des lieux, des personnes associées à cette situation.

En position debout

- Ancrage au sol.
- Lecture du corps.
- Trois mouvements :
 - Gestes du cou.
 - Pompes des épaules.
 - Hemi-corps.
- Récupération/détente.

En position assise

- Sophronisation de base ;
- Concentration sur l'objet neutre ;
- Activation intrasophronique : une expérience professionnelle ou extraprofessionnelle passée, réussie. « À partir de votre état de détente... Vous allez laisser venir une situation professionnelle ou non... ce peut être une situation toute simple de la vie quotidienne que vous avez réussie... Vous laissez venir les images... les lieux... ce que vous faisiez... les sensations... les émotions vécues pendant cette situation... Vous prenez le temps de revivre la situation... puis vous portez une attention plus particulière à l'estime de vous-même, à ce que vous vous ressentiez à ce moment-là... à propos de l'estime que vous vous portiez à vous-même... Vous allez maintenant laisser s'estomper les images... Laissez s'estomper votre concentration pour revenir aux sensations présentes... ici et maintenant... Vous laissez se diffuser la détente... et toutes les sensations agréables. »

Séance n° 7

L'information présophronique donnée ce jour-là portait sur la capacité à faire le plein de positif, à dynamiser le positif en soi à partir : d'un objet important pour soi en ce moment, d'une personne enrichissante par sa présence et d'une action ou d'un projet à vivre. Après une sophronisation de base et un approfondissement de la détente par la respiration. « Vous laissez venir l'évocation d'un objet qui, en ce moment, vous apporte quelque chose de positif... Qu'est-ce que vous permet de vivre cet objet ? Ce qu'il vous aide à construire... puis vous laissez partir l'image de l'objet pour n'en garder que les sensations agréables... l'énergie... les pensées positives... qui approfondissent votre détente... rechargent votre corps d'énergie. »

Séance n° 8

En position debout

- Ancrage au sol.
- Lecture du corps.
- Trois mouvements :
 - chauffage corporel ;
 - hémi-corps ;
 - sauts de polichinelle.
- Récupération/détente.

En position assise

- Sophronisation de base.
- Concentration sur l'objet neutre.

Séance n° 9

Cette deuxième futurisation a été abordée à partir de la notion d'estime de soi. J'ai expliqué aux participants que durant cette séance, je proposerai de se projeter dans un projet, une action et de vivre cette situation en ayant une bonne estime de soi. Il s'agissait d'imaginer comment se passerait l'action ou le projet en ayant une bonne estime de soi.

Sophronisation de base en position assise puis : « Profitant de ce moment de détente... Vous laissez venir l'évocation d'une action, d'un projet à venir... je vous propose de vivre cette situation et d'imaginer comment ce serait de la vivre en ayant confiance en vous, en vos capacités... pour cela vous imaginez le lieu, l'ambiance... peut-être des personnes autour de vous... Vous allez vivre la situation à votre rythme... »

Séance n° 10*En position debout*

- Ancrage au sol.
- Lecture du corps.
- Trois mouvements :
 - Chauffage corporel.
 - Hémi-corps.
 - Sauts de polichinelle.
- Récupération/détente.

En position assise

- Sophronisation de base ; concentration sur l'objet neutre ; sophro-présence immédiate en rapport avec l'estime de soi.

« Profitant de cet état de détente, vous allez laisser venir l'évocation d'un objet qui en ce moment vous aide à avoir davantage confiance en vous... en vos capacités... quelque chose de matériel qui en ce moment vous apporte un plus... comment cet objet vous aide à renforcer l'estime de vous-même, davantage encore à chaque respiration... à exister et à vous affirmer davantage... conscience des sensations dans votre corps. » Même suggestion avec une personne... avec un projet. »

3. Observations

Il m'est apparu souhaitable, afin de respecter le principe de neutralité, d'intervenir auprès de ce groupe de stagiaires uniquement dans le cadre de l'atelier sophrologie. J'ai également fait le choix de ne consulter aucun dossier afin de garder un regard plus neutre. J'ai découvert les stagiaires au fil des séances, apprenant peu à peu les problèmes auxquels certains se trouvaient confrontés.

Concernant la participation, la proposition a été faite à l'ensemble du groupe (16 personnes). Lors de la première séance, 11 personnes étaient présentes : 3 hommes et 8 femmes. Avant le début de la deuxième séance, 4 personnes sont venues me voir pour m'informer qu'elles arrêtaient : 2 préféreraient intégrer un groupe de remise à niveau en français, insistant sur la priorité de cet apprentissage, un homme a exprimé son manque d'intérêt pour « cette gymnastique de bonnes femmes » et la quatrième personne (un homme) a évoqué sa difficulté actuelle à réfléchir sur lui-même en précisant que la première séance l'avait « trop remué ». Les sept autres personnes ont poursuivi les séances pendant tout le cycle.

Globalement, l'estime de soi a été renforcée pendant le stage. Plusieurs indicateurs ont permis de repérer cette tendance :

- le score test/re-test à l'épreuve de Coopersmith ;
- l'analyse des phénodescriptions.

Le test de Coopersmith (le SEI) mesure quatre échelles : familiale, générale, sociale et professionnelle. Il a été proposé en début et en fin de stage et fait apparaître une *tendance à l'amélioration* de l'échelle globale, bien que les résultats restent faibles dans l'ensemble. L'estime de soi professionnelle a elle aussi progressé. Lors des activations intrasophroniques, les situations choisies étaient souvent en rapport avec le projet professionnel et l'on peut penser que ces séances ont eu un impact positif sur l'estime de soi. Outre les séances de sophrologie, il existe dans le cadre du stage un travail de mobilisation autour du projet professionnel, des passages en entreprises, qui contribuent à une reprise de contact avec le monde du travail qui favorise une amélioration de l'estime de soi.

L'échelle d'estime de soi familiale et sociale n'a, quant à elle, pas évolué. Des problématiques familiales sont présentes chez la plupart des participants : famille monoparentale, difficultés importantes au sein du couple. Lors des séances, les points positifs concernant la famille se référaient surtout aux enfants, qui permettent de « maintenir la tête hors de l'eau », de « donner un but ». Lorsque la problématique familiale est abordée, on a le sentiment d'une résignation face à des situations contre

lesquelles on ne peut rien, les problèmes familiaux graves sont inscrits comme faisant partie de cours normal de la vie.

Il est bien évident qu'il serait illusoire d'avoir l'ambition de modifier des problématiques personnelles, familiales, sociales lourdes en l'espace de quelques séances orientées volontairement sur une problématique d'insertion professionnelle. Ces changements en profondeur se situeraient dans le cadre d'un véritable travail thérapeutique de fond qui n'est pas dans l'objectif du travail sophropédagogique.

Fiche

Les thématiques de la prise en charge sophrologique de personnes en précarité

L'analyse globale fait apparaître cinq grands thèmes.

La respiration

Lors de la première séance, la découverte de sensations liées à la respiration a constitué un moment riche :

- « Des fois, ça bloquait dans ma poitrine. »
- « Quand je respirais en haut, j'avais des douleurs jusque derrière... Ça fait tousser. »
- « Quand je respirais, j'avais des décharges électriques dans mes bras... Ça fait drôle. »
- Après la séance, les stagiaires ont très vite repéré des situations qui entraînaient des changements de rythme de la respiration (le sommeil, les émotions...).

Au fil des séances les sensations liées à la respiration sont restées très présentes et les stagiaires observaient avec précision les sensations :

- « J'ai senti la respiration de P, à côté de moi... la respiration des autres me gêne », « Je n'ai pas eu la boule, c'est comme un tuyau qui se débouche. »
- « Quand j'ai commencé à respirer... j'ai senti un blocage... après à force de continuer, ça s'est débloqué. »

Après la neuvième séance, des stagiaires ont évoqué leurs progrès par rapport au contrôle de la respiration à partir de situations vécues : l'arrivée dans une entreprise, la prise de rendez-vous, l'endormissement : « Hier, je me suis endormi sans problème, je me suis servi de la respiration pour bien me relâcher... Je sens que je respire mieux. »

Les sensations

Parmi les sensations, certaines sont présentes régulièrement :

- Chaud/froid : « J'ai eu de la chaleur dans les mains et dans les pieds, après il y a eu une grande fraîcheur et des frissons... comme s'il y avait du vent... c'était agréable », « L'étirement de ce côté, ça a provoqué de la chaleur de ce côté... peut-être au niveau du muscle », « Quand j'ai arrêté le mouvement, j'ai eu froid. »
- Lourdeur/légèreté : « J'avais ma tête lourde... comme si elle pesait trois tonnes », « mes doigts étaient lourds et énormes », « Quand j'ai ouvert les yeux à la fin, je me sentais toute légère... Mon mal de tête était passé. »

- Douleur : « Pendant l'étirement, quelque chose a craqué du côté gauche... Ça m'a fait mal », « J'avais une douleur au côté droit, j'ai des problèmes aux ovaires, ça me fait mal, j'ai senti tout le temps », « J'ai eu une sensation de douleur au fond des yeux mais c'était supportable. »
- Équilibre/vertige : « Je n'avais pas bien mon équilibre aujourd'hui, autour de moi ça tournait et mes jambes tremblaient », « J'avais l'impression de partir en avant, de tomber quoi, comme si je n'allais pas m'arrêter », « Quand on a étiré des deux côtés, je me suis sentie en déséquilibre et en faisant les deux en même temps on s'est rééquilibré. »

La concentration

La difficulté à se concentrer apparaît massivement tout au long des séances et ressort systématiquement lors des dialogues post-sophroniques. En formation, cette difficulté à se concentrer fait partie des difficultés auxquelles doit faire face le formateur.

- « J'avais tendance à partir... J'avais des choses plein la tête. »
- « Je pensais... Mais ça disparaissait. »
- « L'objet, je l'avais choisi et pendant la séance, je n'arrivais pas. »
- « Pas de concentration... niet... J'ai trouvé une situation, mais je n'arrivais pas à me concentrer. »
- « Je me sentais complètement concentrée dans ce que je pouvais penser. »

La détente/l'absence de détente

Au fil des séances, la capacité à se détendre s'est progressivement développée pour la plupart des stagiaires.

- « J'étais complètement partie quand j'étais assise... dans la relaxation, j'étais comme allongée... Je me sens mieux, c'est bien. »
- « C'était mieux cette fois, j'ai pu me détendre. »
- « J'ai senti comme un bien-être... Quand je respire, ça aide au bien-être. »
- « J'ai pas arrêté de bailler... des larmes coulaient parce que je baillais. »
- « J'étais excitée à l'intérieur, j'avais envie de bouger... de taper... énervée. »
- « Je me suis un peu détendue, mais c'est dur pendant la séance. »

L'estime de soi

Au cours de plusieurs séances, le renforcement de l'estime de soi a été introduit par le biais d'activations intrasophroniques (séances 5, 6, 9), de deux séances sophro présence immédiate (séances 7 et 10). À partir de l'analyse des phénodescriptions de chaque stagiaire, on peut évoquer l'évolution de l'estime de soi pour chacune.



CAS PRATIQUE

Aziza

Les premières séances sont empreintes de beaucoup de sentiments négatifs : « Avant, je ne me posais pas beaucoup de questions et c'était bien, maintenant je me lève et c'est foutu... même si quelque chose se présente bien, je ne le vois pas tellement c'est négatif... Là, je vais essayer de penser positif. »

Les dernières séances sont très positives, Aziza évoque la réussite, l'assurance, l'action. En entretien, elle associe son manque d'estime aux propos qu'elle entend depuis sa petite enfance : « Tu n'es qu'une fainéante, tu ne peux rien faire, personne ne voudra jamais de toi. »

Marie-France

Elle témoigne à plusieurs reprises des bienfaits que lui procurent les séances et s'entraîne à la maison, elle s'isole dans une pièce et se concentre sur sa respiration. Très tendue lors des premières séances, elle constate des changements à partir de la quatrième séance. Au regard de l'estime de soi, elle évoque des situations positives, notamment, une futurisation concernant son projet d'amaigrissement. Les autres futurisations sont en lien avec son projet professionnel.

Gladys

Les séances font ressortir sa difficulté à se projeter dans une situation réussie ou à en retrouver une dans le passé. Lors de la cinquième séance, elle évoque ses difficultés par rapport à l'estime de soi : « Mon mari dit que je suis une bonne à rien, que je suis fainéante parce que je n'arrive pas à trouver du travail... Mais maintenant je laisse dire... c'est difficile d'entendre tout ça ». Lors de la neuvième séance, elle évoque du positif « moi, je me sens confiante, mais je ne sais pas si ça va arriver. » Elle parle également avec animation de son dernier stage en entreprise qu'elle a abordé « sans avoir les boules et la respiration rapide ».

Bernadette

Les séances en rapport avec l'estime de soi font apparaître des difficultés à revivre ou à se projeter dans des situations réussies. Elle met chaque fois en avant le fait que rien ne réussit chez elle en expliquant : « C'est nul, avec le positif je mets toujours du négatif alors c'est difficile... c'est difficile de faire des scènes où ça marche quand ce n'est pas quelque chose de réel. »

Patricia

Elle participait avec enthousiasme au début des séances, puis la situation s'est dégradée au cours du stage. Son état de santé ne lui permettant pas d'effectuer de passages en entreprise, elle s'est sentie diminuée par rapport au reste du groupe. Au regard de l'estime de soi, Patricia évoque des ancrages douloureux dans le passé : « Quand j'étais à l'école, on me disait que j'étais bonne à rien... mon père aussi me le disait... Ça m'empêchait de dormir, je pensais que j'étais nulle... quand on me le disait à l'école, c'était dur. » Seule la 7^e séance lui a permis d'évoquer un vécu positif : « Le plaisir d'écrire... ma fille qui m'aide à tenir le coup... mon projet de devenir visiteuse médicale. »

Marie

Elle verbalise peu, d'une voix faible en début de cycle. Après la sixième séance, Marie évoque clairement son mal-être et son inquiétude de sombrer à nouveau dans la dépression. Il lui est difficile d'évoquer un projet professionnel ou personnel. Le changement visible réside essentiellement dans son comportement plus participatif au fil des séances, elle s'efface moins et peut exprimer ce qu'elle ressent.

Salihia

Elle a été hospitalisée et donc absente à plusieurs séances. Lors des dernières séances, elle évoque « un sentiment d'échec ».

L'étude des contenus en rapport avec l'estime de soi fait donc apparaître une difficulté à se projeter, à retrouver un souvenir de situations réussies. On constate également que cette difficulté et la faible estime de soi sont souvent reliées par les stagiaires elles-mêmes aux jugements très négatifs portés par la famille et l'entourage dès l'enfance. Au fil des séances apparaît cette conscience aiguë d'un enracinement ancien et en même temps, une volonté de mettre à l'écart ces jugements négatifs.

Un entretien individuel a été proposé un mois après la fin des séances à chaque stagiaire, sur les sept ayant participé, six disent se servir de ce qu'elles ont expérimenté pendant les séances pour respirer quand elles se sentent énervées, faire le vide de temps en temps, retrouver du positif en se souvenant d'une image ou d'une situation vécue lors d'une séance.

Au regard de l'estime de soi, plusieurs affirment avoir repris confiance. Ce constat est relié au travail entrepris pendant les séances mais également aux périodes en entreprises, à la reprise d'activités de groupe. Globalement, le cycle de dix séances leur a semblé trop court (difficultés à « entrer » dans les premières séances, assimilation des gestes de relaxation dynamique).

L'expérience auprès de chômeurs en formation nous apprend à quel point ces personnes sont fragilisées et les périodes de fin de stage sont souvent très difficiles à vivre au sein du groupe : angoisse, peur de l'avenir, colère exprimée ou non auxquelles se mêle malgré tout une meilleure assurance de soi qui risque de s'amenuiser rapidement si la personne se retrouve à nouveau seule et démunie dans une nouvelle phase de chômage.

Note : Il me semble que la prise en charge pendant la période de stage par le biais de séances de sophrologie a toute son importance. De fait, l'outil fait l'objet d'un apprentissage, d'un entraînement pendant le stage et peut être ensuite utilisé de manière autonome. Cet aspect a été clairement évoqué par les stagiaires qui « se servaient » de la respiration ou des images/souvenirs positifs utilisés lors des séances.

Le vocabulaire utilisé lors des inductions est facilement adaptable et doit rester simple et précis. De fait, dans le cadre de stages s'adressant à des publics en situation d'illettrisme, il est important d'utiliser un vocabulaire accessible par le groupe. La phase d'informations présophroniques a donc toute son importance pour s'assurer que chacun a bien compris ce qui est proposé.

Je me suis également posé la question de la demande personnelle. De fait, on associe souvent absence de demande et manque de motivation, or il me semble que la proposition d'un atelier sophrologie représente « un plus », qu'une demande personnelle de départ n'est pas une nécessité. Sur quatorze personnes au départ du stage, onze ont fait le choix de participer à la première séance et sept ont participé à l'ensemble du module. L'ouverture d'esprit, la capacité à prendre le risque de s'investir dans un travail jusque-là inconnu me conforte dans l'idée qu'au-delà de la demande, il est tout à fait possible de proposer une activité dans laquelle chacun peut s'investir.

La difficulté à s'entraîner de manière autonome s'est très vite imposée. Lorsque cet aspect est abordé en groupe, plusieurs points sont mis en avant par les stagiaires : le manque de temps et la difficulté à trouver un endroit pour s'isoler à la maison, la difficulté à se rappeler les mouvements de relaxation dynamique, l'absence de voix pour guider la séance. La proposition de deux séances hebdomadaires serait souhaitable au début afin d'aider à installer des réflexes d'entraînement.

J'ai aujourd'hui la conviction qu'un atelier de sophrologie a tout à fait sa place dans le cadre de formations de personnes en difficultés, à partir du moment où les intentions sont clairement présentées par le sophrologue et clairement « entendues » par les stagiaires.

CONSEIL

Il est important de ne pas leur-
rer l'autre en laissant croire à
une méthode infaillible dans
laquelle il suffirait de se laisser
guider.

J'ai insisté tout au long des séances sur l'implication personnelle, le recentrage de chacun sur ses sensations, ses émotions, et la nécessité de l'entraînement. Les notions de respect et de non-jugement ont été abordées lors de la première séance et respectées par chacun. Les stagiaires se côtoient tout au long de la journée lors des activités, des pauses, et il est important de préciser la nécessité de la confidentialité de ce qui se dit au moment des séances.

Après les moments de phénodescriptions, les stagiaires étaient avides de parler, de relier ce qui venait de se dire à leurs expériences individuelles. Dès les premières séances, j'ai ressenti l'importance de ce groupe de parole et j'ai fait en sorte qu'un moment soit consacré à l'expression de ceux qui le désiraient. Oralement, je mettais un terme à la séance et laissais l'expression ouverte, consciente que ce temps permettait par l'expression de se libérer, d'échanger des expériences, de s'affirmer en tant que personne.

4. Propositions de pistes

Dans le cadre de mon activité, je reçois des bénéficiaires de bilans de compétences. Il s'agit là d'un public très diversifié tant au niveau du statut (demandeurs d'emploi, salariés) que du niveau scolaire (d'un niveau VI à BAC +5 ou 6). Le bilan est en général une prestation choisie par la personne qui accepte de s'engager dans une démarche personnelle. Pour une certaine partie des personnes on s'aperçoit au fur et à mesure de l'avancée du bilan qu'il y a bien souvent une cassure à un moment ou à un autre qui amène la personne à repenser son projet professionnel ou/et personnel. Cette cassure prend des aspects divers en fonction des personnes et le bilan représente un espace-temps dont l'une des fonctions est d'améliorer la confiance et l'estime de soi. Les démarches entreprises, l'analyse des ressources personnelles, des intérêts et motivations aident la personne par le biais d'entretiens, de temps de travaux personnels, de recherches actives qui sont autant d'étapes aidant la personne à devenir véritablement actrice de ses projets. Ainsi le climat relationnel favorisant l'expression personnelle crée un moment clé permettant au bénéficiaire d'engager une démarche constructive. Je mesure régulièrement l'impact positif lié à cette rencontre entre le conseiller bilan et le bénéficiaire qui permet à ce dernier de reprendre confiance en ses capacités et de mettre en œuvre des démarches personnelles.

Mais si l'augmentation de l'estime de soi est réelle, il faut se poser la question du maintien de cette estime dans le temps. Un des atouts que peut apporter la sophrologie dans le cadre d'un soutien personnalisé est l'acquisition d'un outil que la personne peut investir et utiliser de manière autonome bien au-delà de la période de bilan.

La gestion du stress représente également un axe qu'il me paraît important de développer. Que l'on s'adresse à des chômeurs, à des salariés (en formation ou non), le stress est actuellement un problème crucial dans la vie personnelle et professionnelle à prendre en compte. La sophrologie a le mérite d'aborder globalement la personne et de permettre un travail sur soi en profondeur, de reconnaître et de réduire les effets du stress par le biais de la relaxation dynamique, tandis que le travail sur les valeurs, sur une projection positive dans l'avenir permet d'améliorer la connaissance de soi et de poser un regard nouveau sur sa propre personne.

5. Bibliographie

- ANDRÉ C. et DELORD F. (1999). *L'Estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Paris, Odile Jacob.
- BENTOLILA A. (1996). *De l'illettrisme en général et de l'école en particulier*, Paris, Plon.
- BOTTEMAN A. et FRANÇOIS P.- H. (2002). « Théorie sociale cognitive de Bandura et bilans de compétences », *Carrierologie*, vol. VIII, n° 3, p. 520 à 543.
- CHÉNÉ P.- A. (1994). *Sophrologie, fondements et méthodologie*, Paris, Ellébore.
- CHÉNÉ P.- A. et AUQUIER M.- A. (2008). *Sophrologie : gérez votre stress avec la méthode Alfonso Caycedo*, Paris, Ellébore.
- ETCHELECOU B. (1996). *Manuel de sophrologie pédagogique et thérapeutique*, 2^e éd., Paris, Maloine.
- FERRIEUX D., CARAYON D. (1996). « Impacts du bilan de compétences sur le positionnement personnel et professionnel : étude réalisée auprès de chômeurs de longue durée », *Carrierologie*, vol. VIII, n° 3, p. 545 à 566.
- HALL L. et COHEN L. (1996). *L'Estime de soi, un bien précieux*, Pont-l'Abbé, Chrysalide.
- HAYES J. et NUTMAN P. (1981). *Comprendre les chômeurs*, Wavre (Belgique), Margada.
- CLOT-SIEGRIST E. (2008). « Impact des mesures de marché du travail », *Panorama*, février, p. 25-26.
- PIOLAT M., HURTIG M.-C., PICHEVIN M.-F. (1992). *Le Soi, recherche dans le champ de la cognition sociale*, Paris, Delachaux et Niestlé.

Sophrologie dans le monde du travail

BERNARD ETCHELECOU

Sommaire

- | | |
|--|-----|
| 1. De l'idée de torture au besoin de réalisation de soi..... | 287 |
| 2. Bibliographie..... | 293 |

1. De l'idée de torture au besoin de réalisation de soi

Le *tripalium*, d'où provient le mot travail, était chez les Romains un instrument de contention et de torture. Un dispositif permettant de contenir les animaux au moment de mettre bas, ou encore pour le ferrage, la marque au fer rouge et autres interventions vétérinaires douloureuses. Immobiliser sans doute aussi les esclaves pour les fouetter... *Travailler* est lié à la notion de souffrance : le terme au XII-XIII^e siècle s'applique aux condamnés (on les « travaille » pour les faire parler, les supplicier), également aux femmes qui accouchent (dans la douleur, période de *travail*), ou encore aux personnes agonisantes. Le mot est enfin étendu aux activités nécessitant des efforts pénibles (« les hommes de peine ») pour finalement désigner les occupations destinées à « faire ouvrage », à rendre utilisable, à produire.

Le monde du travail de nos jours, à la charnière entre psychologique, social et économique, reflète et condense tous les objectifs, les enjeux, la complexité des aspirations, intérêts et conflits des individus, des fonctionnements des groupes humains, des impératifs et aléas politiques, de l'organisation environnementale et sociétale. On peut, en suivant un article de l'Institut national de la recherche scientifique relatif à la santé et la sécurité au travail¹, recenser en six grandes catégories

1. www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/stress/facteurs.html.

les principales caractéristiques des situations de travail pouvant générer du mal-être (**voir Zoom**).

Fiche Travail et mal-être

Facteurs liés à la tâche ou au contenu même du travail à effectuer

- Fortes exigences quantitatives (charge de travail, rendement, pression temporelle, masse d'informations à traiter...).
- Fortes exigences qualitatives (précision, qualité, vigilance...).
- Difficultés liées à la tâche (monotonie, absence d'autonomie, répétition, fragmentation...).

Facteurs liés à l'organisation du travail

- Absence de contrôle sur la répartition et la planification des tâches.
- Imprécision des missions confiées.
- Mauvaise communication.
- Contradiction entre les exigences du poste (comment faire vite et bien ? Qui dois-je satisfaire, le client ou l'encadrement ?).
- Nouveaux modes d'organisation (flux tendu, polyvalence...).
- Instabilité des contrats de travail (contrat précaire, sous-traitance...).
- Inadaptation des **horaires de travail** aux rythmes biologiques, à la vie sociale et familiale.

Facteurs liés aux relations de travail

- Manque de soutien de la part des collègues et/ou des supérieurs hiérarchiques.
- Absence de communication.
- Management peu participatif, autoritaire, déficient.
- Absence ou faible reconnaissance du travail accompli.

Facteurs liés à l'environnement physique et technique

- Nuisances physiques au poste de travail (bruit, chaleur, humidité...).
- Mauvaise conception des lieux et/ou des postes de travail (manque d'espace, éclairage inadapté...).

Facteurs liés à l'évolution sociologique

- Utilisation croissante des techniques de communication à distance.
- Individualisation de l'activité professionnelle avec sur-responsabilisation.
- Exigence ou agressivité de la clientèle.

Facteurs liés à l'environnement macroéconomique de l'entreprise

- Mauvaise santé économique de l'entreprise ou incertitude sur son avenir.
- Compétitivité, concurrence.

L'ensemble très complexe des facteurs déterminant la santé globale du travailleur en entreprise ne manque pas de générer son lot de pressions – qu'elles viennent de soi ou des conditions ambiantes – suscitant anxiété, instabilité, démotivation, fragilisation, qu'il s'agit de gérer au mieux pour la qualité du travail, les relations avec la clientèle et les collègues, et en fin de compte pour sa satisfaction personnelle et l'intérêt de l'entreprise.

Au travail comme ailleurs, l'homme a besoin de trouver un sens à ce qu'il fait, dans une certaine cohérence qu'il a souvent beaucoup de mal à connaître, bloqué entre autres par nombre d'*injonctions paradoxales* plus ou moins manifestes (ne pas sortir des consignes et attitudes normées tout en faisant preuve d'initiatives par exemple).

La limite entre vie professionnelle et vie privée tend de nos jours à s'estomper et, comme l'indique H. Rosa dans son essai sur l'accélération (Rosa, 2010), l'évolution technique nous impose des rythmes toujours plus astreignants, dans une course sans fin, à l'image de cet individu qui, embarqué sur un tapis roulant, serait contraint de courir sans s'arrêter pour éviter de s'écrouler.

Les risques psychosociaux

Certains risques sont réputés comme pouvant porter atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des travailleurs, accroissant en outre considérablement le taux d'absentéisme. On mentionne généralement le stress, le harcèlement, la démotivation, les états déprimés, l'irritabilité, la violence au travail, les problèmes relationnels, la fatigue, l'anxiété, les problèmes de sommeil, les addictions, les troubles musculo-squelettiques (Bresler, 2012), les maladies cardio-vasculaires... C'est non seulement un problème de santé mais aussi un vrai enjeu économique : l'Eurogip a évalué² à environ 20 milliards d'euros le coût annuel en Europe du stress au travail. On estime qu'en France « les consultations pour risque psychosocial sont devenues en 2007 la première cause de consultation pour pathologie professionnelle » (Lachmann, Larose, Penicaud, 2010, p. 2).



GROS PLAN

Le burn-out

Parmi ces risques psychosociaux, le trop fameux *burn-out* ou syndrome d'épuisement professionnel qui se caractérise par :

- un état clinique de fatigue générale ;

.....

2. « Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne », janvier 2010, in http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/EUROGIP_RPS_au_travail.pdf.

- une certaine distanciation, du cynisme vis-à-vis des clients et des collègues (qui sont une façon de se défendre face à la charge émotionnelle engendrée par les rapports entre personnes) ;
- un sentiment d'incompétence et de non-accomplissement personnel.

L'épuisement a tout risque de survenir dans un contexte cumulant un fort investissement professionnel avec une surcharge de travail, une faible autonomie, sans reconnaissance personnelle ni soutien social adéquat.

Le stress

Le **stress** fragilise les équilibres fondamentaux des organismes et diminue ses capacités d'adaptation.



INFOFLASH

Au niveau européen, on sait que près d'un travailleur sur trois estime sa santé affectée par le stress ressenti sur le lieu de travail. Ce chiffre justifie s'il en était besoin toutes les démarches de gestion et de prévention du stress préoccupant par son importance parmi les risques psychosociaux.

Le service de psychologie du travail et des entreprises de l'université de Liège a par exemple mis au point une **méthode de diagnostic des risques psychosociaux** (questionnaires scientifiquement validés, traitements statistiques³) qui permet d'évaluer le niveau de stress chez les salariés, son impact au sein de l'entreprise, et qui identifie ce qui relève des conditions de travail (déterminants organisationnels, psychosociaux, physiques et/ou techniques) dans les situations engendrant le stress.

Le stress y est défini comme une « réponse du travailleur devant des exigences de situations auxquelles il doit faire face et pour lesquelles il doute de disposer des ressources (inhérentes aux conditions de travail ou personnelles) nécessaires et auxquelles il estime devoir faire face⁴ ».

.....

3. Le WOCCQ composé de trois questionnaires : le WOCCQ® (WOrking Conditions and Control Questionnaire), le SPPN® (Stress professionnel positif et négatif), et le Relevé des situations problèmes®.

4. De Keyser et Hansez, 1996, cité dans le Manuel de WOCCQ.

Le stress est en somme la conséquence d'un sentiment d'inadéquation entre les demandes qui lui sont faites et les ressources dont il dispose pour y répondre. On voit qu'ici la subjectivité et la capacité de contrôle sont les notions clés orientant l'approche méthodologique. Le bilan cible les actions individuelles à mener et propose des orientations d'améliorations très concrètes en fonction des caractéristiques spécifiques des entreprises et des groupes de travail concernés.



DÉFINITION

Le bien-être au travail

La conception du « bien-être au travail » a en quelques années clairement évolué : alors qu'on la définissait jusqu'à il y a peu par la négative (« absence de stress, de maladie »), on s'accorde aujourd'hui à souligner qu'outre une bonne gestion du stress et des risques psychosociaux, il s'agit aussi de valoriser au mieux les travailleurs – qui représentent finalement la ressource principale d'une entreprise –, d'être attentif à l'amélioration de leurs environnements et conditions de travail.

Pour une bonne efficacité on a vu plus haut que les actions devraient à la fois porter – avec certes plus d'insistance sur tel ou tel point selon les problèmes précis diagnostiqués dans l'entreprise – sur l'organisation du travail, les conditions environnementales, les relations entre groupes et interhumaines, et naturellement s'il le faut sur les problématiques individuelles. N'envisager la santé au travail qu'en regard de la seule gestion des mal-être individuels resterait bien limité et illusoire.

À nous, sophrologues ou autres intervenants, de ne pas nous laisser enfermer dans une demande qui se bornerait à vouloir régler, évacuer, apaiser, mettre quelque emplâtre de détente, dans un contexte dont les tensions seraient essentiellement occasionnées par l'organisation ou les relations dans l'entreprise. Comme je le mentionnais dans une préface, « l'on ne rayera pas d'un trait de détente les problèmes imputables aux conditions de travail, mais on apprendra que la sophrologie a de très sérieux atouts pour un mieux-être au sein de l'entreprise » (Etchelecou, 2010, p. XI).

Fiche Les pistes de prévention

En 2008, un « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » (Nasse, Légeron, 2008) préconise une prévention à plusieurs niveaux.

Une prévention primaire

Son objectif est « l'élimination ou le contrôle des facteurs de risque présents dans le milieu du travail en agissant directement sur les facteurs pour réduire leurs impacts négatifs sur

l'individu. Il s'agit d'intervenir sur les causes des risques psychosociaux plutôt que sur leurs conséquences » (p. 37).

Cette démarche implique une évaluation des facteurs de risques et des populations les plus ciblées, la participation des différents partenaires de l'entreprise, la mise en place d'actions visant à réduire ou éliminer les sources de stress.

Des programmes de prévention secondaire

Ils « ont pour but d'aider les individus à gérer plus efficacement les exigences et contraintes du travail en améliorant leurs stratégies d'adaptation aux sources de stress ou en renforçant leur résistance au stress en soulageant les symptômes associés au stress » (p. 38).

Ces actions concernent :

- le développement de compétences individuelles spécifiques pour mieux gérer les situations de stress en cause (gestion du temps, des conflits, de l'agressivité, développement de l'intelligence émotionnelle, restructuration cognitive, etc.) ou encore le développement de capacités psychologiques utiles (contrôle des émotions, attitudes mentales efficaces) ;
- la pratique de méthodes de relaxation, d'exercices physiques ou de la sieste au sein de l'entreprise ;
- l'amélioration de l'hygiène de vie, la pratique d'activités sportives, l'éducation nutritionnelle, ou autre programme d'aide au sevrage tabagique ou alcoolique, etc. ;
- l'instauration d'espaces de dialogue et la mise en place de procédures de médiation pour intervenir en amont lors de situations difficiles ;
- une aide relative aux diverses contraintes de la vie personnelle (crèches, conciergerie, etc.).

Des interventions au niveau tertiaire

Elles concernent le traitement, la réhabilitation, le retour au travail, le suivi des individus qui souffrent du stress ou de santé mentale au travail (assistance psychologique, numéro d'appel d'aide et de soutien aux salariés, consultations spécialisées, etc.).

Si l'approche WOCCQ telle qu'on l'a présentée plus haut répond bien au premier type de prévention, la sophrologie – entre autres approches – convient particulièrement bien aux deux derniers niveaux d'action.

Les atouts de la sophrologie dans le monde du travail

Les bénéfices classiquement obtenus par un entraînement aux méthodes de la sophrologie sont une diminution de la fatigue, des tensions corporelles, une réduction de l'anxiété et des réactions émotionnelles négatives, une meilleure confiance en soi, le développement de nos aptitudes à l'écoute, de notre capacité de positionnement par rapport aux autres, à la hiérarchie, une meilleure gestion des conflits... Certaines aptitudes plus spécifiques peuvent être ciblées : concentration, « présence » à ce qu'on fait, prise de parole, etc. selon les besoins des groupes et des individus.

Ce travail se fait toujours par un vécu : échanges verbaux, pratiques de respirations, relaxation dynamique dans ses différents degrés, techniques d'imagerie plus spécifiquement orientées. On y apprend en particulier à accepter l'existence des tensions, à les identifier, à discerner les déterminants subjectifs et ceux qui relèvent de l'environnement, à apprendre à les gérer et à mieux s'en protéger. Aider en somme à un repositionnement de soi plus solide, plus confiant, dans les situations professionnelles génératrices de tensions. Ces objectifs sont naturellement plus ou moins partiellement ou clairement obtenus selon le degré et la complexité des difficultés en cause dans chaque entreprise. Ils tendent à faire du travailleur l'acteur de son mieux-être, en favorisant un environnement lui donnant aussi envie de s'investir positivement dans son travail.



INFOFLASH

Si une juste rémunération contribue à motiver le salarié, une étude réalisée en 2003⁵ montre *qu'il en faut davantage pour se sentir épanoui et avoir le sentiment de se réaliser dans son travail*. Celui-ci devrait permettre :

- d'entrer en lien avec d'autres personnes, de se sociabiliser, d'exister par rapport à un collectif (= première source de bonheur au travail identifiée) ;
- de faire, créer, construire, élaborer quelque chose ;
- d'avoir le sentiment d'un enrichissement personnel, le sentiment de se renouveler, d'apprendre des choses nouvelles ;
- en complémentarité avec le point précédent, le don de soi, le sentiment d'être utile aux autres.

2. Bibliographie

BAUDELLOT et GOLLAC (2003). *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard.

BRESLER M. (2012). « Sophrologie et kinésithérapie en pratique courante », in *Sophrologie : applications thérapeutiques*, Paris, InterÉditions.

ETCHELECOU B. (dir.) (2010). *9 cas pratiques en sophrologie*, Paris, InterÉditions, p. XI.

.....

5. Baudelot et Gollac, 2003, cité par V. Grosjean, 2005, p. 34.

- DE KEYSER ET HANSEZ (1996). « Vers une perspective transactionnelle du stress au travail: Pistes d'évaluations méthodologiques », *Cahiers de Médecine du Travail*, 33 (3), 133-144.
- GROSJEAN V. (2005). « Le bien-être au travail : un objectif pour la prévention ? », INRS- Hygiène et sécurité du travail, *Cahiers de notes documentaires*, 1^{er} trim., 198.
- LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M. (2010). *Bien-être et efficacité au travail*, rapport gouvernement, février.
- NASSE P., LÉGERON P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_FINAL_12_mars_2008-2.pdf.
- ROSA H. (2010). *L'Accélération. Une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte.

Chapitre 15

Sophrologie en entreprise

BERNARD BLANC

> Pourquoi ce chapitre ?

La France compte l'un des taux d'absentéisme les plus importants en Europe, signe d'un malaise profond dans le monde du travail. Le stress est le troisième problème de santé au travail après le mal de dos et les troubles musculo-squelettiques.

Les principales raisons du stress chronique au travail : une productivité de plus en plus accrue ; la compétitivité, des objectifs irréalisables ; le manque de considération... Le Code du travail indique que l'employeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la santé mentale et physique de son personnel.

La sophrologie apporte une aide précieuse aux équipes de salariés, et ainsi qu'aux dirigeants par une approche et des techniques pour mieux se connaître, et positiver sa vie professionnelle.

Sommaire

1. L'entreprise, un terrain d'investigation.....	296
2. Pourquoi la sophrologie en entreprise ?.....	298
3. Les types d'offres de formation en entreprise avec la sophrologie	300
4. Les types d'offres de sophrologie en entreprise sous forme de conseil.....	305
5. Conclusions sur ces types d'interventions.....	308
6. L'attitude de l'intervenant sophrologue.....	310
7. La sophrologie et l'évolution des conduites.....	312
8. Les outils de la sophrologie appliquée en entreprise.....	314
9. Des pistes d'application en entreprise.....	318

10. En guise de conclusion.....	322
11. Bibliographie.....	323

1. L'entreprise, un terrain d'investigation

Le premier champ d'investigation dans l'entreprise est celui de la formation continue. En effet, si celle-ci s'est diversifiée dans de multiples domaines, la sophrologie s'est fait reconnaître bien après, dans les pratiques de formation en entreprise, au début des années 2000.

Les interventions en formation sur la gestion du stress furent une première innovation : celle de se préoccuper du moral des employés car jusqu'ici les efforts de formation étaient axés sur l'acquisition des compétences professionnelles de manière quasi exclusive. La porte commençait alors à s'ouvrir sur des innovations pédagogiques centrées sur la personne et non seulement ses savoirs ou savoir-faire. La sophrologie en milieu d'entreprise est rentrée et s'est développée avec les formateurs intervenants en sciences humaines.

Des psychologues ou psychosociologues intervenant habituellement sur la communication interne ont cherché à ouvrir leur approche en s'intéressant à la sophrologie. Ils avaient pu remarquer des résultats probants en matière d'apprentissage notamment celui des langues étrangères mais également chez les sportifs de haut niveau dans leur préparation mentale. De là à passer de la mémorisation d'acquis de connaissances ou des conditionnements positifs en vue de préparation à l'action vers le développement personnel, le pas fut fait. Les succès apportés par la sophrologie sur les individus hors de l'entreprise se propagèrent aux salariés en formation, ce qui a été répertorié sur les objectifs pédagogiques dans le cadre de l'amélioration du « savoir-être ». « Le savoir-être vaut autant que le savoir-faire. »

La sophrologie n'est pas une simple méthode de relaxation ; elle a beaucoup évolué au cours des dernières années et la spécialisation en sophrologie prophylactique et sociale comprend des méthodes adaptées aux différentes situations que l'individu peut rencontrer dans l'entreprise, quels que soient son poste et ses responsabilités. Petit à petit, l'entreprise devint un champ d'expérience pour les entreprises innovantes en formation. Le développement personnel commençait à être considéré par ces entreprises d'avant-garde. Les directions justifiaient cette audace en avançant des chiffres sur la réduction de l'absentéisme, des accidents, et l'augmentation de la productivité et des progrès dans l'entreprise. Certains salariés se sont même vus attribuer des primes pouvant être importantes pour avoir produit des idées

aboutissant à des évolutions technologiques. On sortait du taylorisme et de la dichotomie de « ceux qui pensent et ceux qui font » pour permettre à « ceux qui font » de penser.

Dans la mesure où l'on s'est mis à considérer que la valeur d'une entreprise était la valeur des hommes qui la composent, nombre d'entreprises se sont prises au jeu de l'investissement humain. Elles ont compris que si l'employé était mieux dans sa peau, il serait plus efficace dans l'entreprise. Indépendamment des compétences acquises, la personne qui fait face à des problèmes personnels ne les abandonne pas en passant la porte de l'entreprise. Ces problèmes personnels que l'on ne voulait pas connaître, ou pour le moindre si l'on déléguait une assistante sociale pour qu'il ne soit pas dit de vouloir les ignorer, devenaient enfin les problèmes de l'entreprise dans la mesure où elle en supportait les conséquences.

Et l'on a vu poindre au début des années 2000 des coaches dans l'entreprise pour aider ces cas particuliers. Remettre en selle l'employé défaillant, c'est bon pour son moral mais surtout pour son intégration durable et son efficacité ; mais c'est aussi bon pour son équipe qui n'a plus à le supporter et c'est donc bon pour son entreprise. Forts de ces réussites individuelles et pour une meilleure économie, les intervenants en entreprise ont commencé à packager leurs prestations sur leur catalogue de formations pour que des démarches initialement individuelles comme l'était la sophrologie, s'appliquent à des groupes.

À l'instar de la gestion du stress ou de la confiance en soi – approche purement individuelle –, se sont développées des actions de groupe permettant les jeux d'interactions sur les problèmes et difficultés de chacun. Sur ces types d'approches psychosociologiques, la sophrologie n'a pas plus de poids que d'autres techniques comme l'analyse transactionnelle ou la gestalt-thérapie. Le choix de la méthode dépend plutôt de la qualité des relations entreprise/intervenant et de la culture de l'entreprise et des décideurs.

Le plus souvent on attend qu'il y ait une crise pour appeler de l'aide à l'extérieur. Les crises sont les symptômes des difficultés à faire face aux mutations nécessaires à l'adaptation. Dans les états de tensions internes des conflits se déclarent qui ne peuvent être résolus par l'autoritarisme ou les manipulations. Ceci ne fait qu'aggraver les malaises, le climat social terrain peu propice au développement ou à la restructuration.

2. Pourquoi la sophrologie en entreprise ?

Parce que les séances formation de sophrologie cherchent à éliminer les tensions présentes en soi provenant du travail ou ayant d'autres origines. Parce que la sophrologie met en avant tout le positif présent en soi et oriente l'individu afin qu'il s'enrichisse de ce positif en prenant conscience, en le ressentant, en le vivant.

En dehors du fait que la sophrologie permet par la pratique d'obtenir un niveau de relaxation et de bien-être, elle peut permettre aussi une réconciliation avec soi. Elle vise aussi une conscience de son identité globale ainsi qu'une harmonisation, une réconciliation entre le corps (souvent délaissé) et l'esprit.



IMPORTANT

La *sophrologie* renforce son *potentiel d'actions positives* et tend non seulement à prendre conscience de tout le positif présent en soi provenant de sa vie passée, présente, mais aussi à l'amplifier dans sa vie à venir. Elle permet au gré des entraînements (des entretiens) une plénitude existentielle avec des sentiments personnels, d'ancrage, de présence, d'existence, de confiance en soi.

La sophrologie en entreprise peut chercher aussi à assouplir les tensions en situations de crise, mais surtout à améliorer les comportements, les interactions personnelles et donc l'état d'esprit général. Il n'est pas anormal que les gens soient stressés dans des situations délicates. Pour autant quand on se laisse envahir par ses états émotionnels la raison n'a plus de prise. On comprend que la gestion du stress soit la première demande des managers. Avec cette acquisition de la maîtrise et de la confiance en soi qui permet de lâcher prise, de prendre du recul, de clarifier ses perceptions et ses représentations des situations, vient l'ouverture d'esprit, l'écoute et l'empathie et plus de sérénité. Combien de situations dramatiques ont pu servir de tremplin pour rebondir plus haut !

Bien sûr il vaut mieux prévenir que guérir. Investir *a priori* dans l'humain c'est développer des capacités d'adaptation indispensable à la survie de l'entreprise. Le mieux-être de la personne se répercute dans le savoir-être qui fait la cohésion des équipes. Être plus serein, plus participatif, plus créatif, plus ouvert aux opportunités et au changement, c'est ce dont a besoin l'entreprise actuelle dans un monde en perpétuelle évolution et de plus en plus complexe. Le développement personnel de chacun, possible avec la sophrologie qui prend la personne dans sa globalité corps et esprit, redynamise les facultés et les talents en latence ou ignorés.

L'intérêt de l'entreprise est, à partir de ses situations concrètes et des difficultés de chacun, de stimuler ses énergies créatives. Avec la réduction des tensions internes et l'acquisition d'un mieux-être, les personnes plus disponibles d'esprit et plus énergiques retrouvent de l'efficacité au travail dans un climat plus détendu. Il est avéré qu'une personne stressée, soucieuse et tendue est non seulement limitée dans son travail mais sujette aux erreurs, aux accidents et à la maladie.

Il ne s'agit pas d'être angélique en pensant que la sophrologie va aplanir tous les problèmes, mais seulement de concevoir qu'elle va permettre aux personnes impliquées dans ceux-ci, de réagir, en étant capable de prendre de la distance et de trouver des ressources tout en maîtrisant leurs émotions. On ne peut être bon à l'extérieur si l'on ne l'est à l'intérieur de soi.

La sophrologie n'est pas un outil de pression de l'entreprise sur l'employé pour améliorer la rentabilité. L'employé est le premier bénéficiaire de l'influence positive que les séances de sophrologie ont sur sa santé et sur son mieux-être en ce sens qu'il dépend moins de médicaments de toutes sortes, et qu'il se sent prêt à entreprendre des choses auxquelles il ne pensait pas auparavant, tant sur le plan privé que professionnel.



IMPORTANT

La sophrologie en entreprise vise l'intégration de l'individu dans sa totalité :

- ✓ *Plan physique* : meilleure santé, donc moins d'absentéisme.
- ✓ *Plan émotionnel* : maîtrise des émotions (prise de parole en public – discussions délicates – situations stressantes).
- ✓ *Plan mental* : développement humain tout en respectant le projet de l'individu et de l'entreprise.

Les approches de la sophrologie en entreprise sont diverses, que ce soit dans le cadre des formations ou dans un autre cadre. Les terrains d'investigations restent encore nombreux et nous aurons, à la fin de ce chapitre la possibilité d'ouvrir quelques pistes.

Pour l'instant voyons le champ de la formation.

3. Les types d'offres de formation en entreprise avec la sophrologie

Nous en avons identifié quatre : les stages catalogues, la réponse formation sur mesure, les exercices interludes et les stages classiques avec injections de séquences sophroniques.

Les stages catalogues

C'est la démarche la plus fréquente. Ceci dans la mesure où elle présente certains avantages :

- *Économique.* Il s'agit d'actions rodées parce que répétées, qui concernent le plus grand nombre de populations et qui se situent dans un marché concurrentiel.
- *Facile à mettre en œuvre.* Dans la mesure où le produit existe, que l'on connaît l'intervenant, il ne reste plus que l'organisation à mettre en place. Seul point particulier : avoir une salle au calme avec tapis et sono.
- *Facilement communicable aux intéressés et à leurs responsables.* Les contenus parlent à tous puisqu'ils concernent les difficultés personnelles de chacun.
- *Réalisation interentreprises,* ce qui permet des enrichissements culturels et relationnels.



GROS PLAN

Quels sont les contenus proposés des stages catalogues ?

Une formation en sophrologie peut concerner par exemple :

- la gestion du stress, des angoisses ;
- la maîtrise de l'émotion dans la prise de parole en public ;
- la préparation aux examens, aux entretiens difficiles ;
- l'amélioration de la confiance en soi, de la concentration ;
- la stimulation de la créativité, de la mémoire ;
- l'efficacité personnelle, la motivation.

Voici quelques témoignages recueillis après ce type d'intervention.

SUR LE THÈME DE LA CONFIANCE EN SOI



CAS PRATIQUES

Christine

« Beaucoup plus concentrée, je profite pleinement de ce que j'entreprends et j'en tire un meilleur parti. Plus calme et plus sereine, les problèmes que je rencontre et qui apparaissaient parfois comme des montagnes avant ma démarche deviennent plus facilement abordables. J'ai appris à prendre du recul face aux événements et je ne me laisse plus submerger par les émotions. Une attitude bien plus positive me permet de voir toutes les possibilités d'y faire face.

Progressivement est aussi venue une bien plus grande confiance en moi, et je me suis rendu compte que j'en manquais terriblement. J'étais toujours à la merci de l'approbation de mon entourage, de mes collègues. Avant de découvrir mes ressources cachées je cherchais avant tout à être rassurée. C'est avec beaucoup plus d'assurance que je peux faire part de mes opinions, intervenir devant un groupe de personnes, et aborder ma vie professionnelle de façon plus posée et plus sûre de moi. »

Claude

« Des événements importants de mon enfance me sont venus à la conscience. Cette expérience m'a beaucoup bouleversée mais elle m'a permis de dépasser bien des peurs irrationnelles, de mieux comprendre comment fonctionne le mental. Et elle m'a rendu bien plus stable émotionnellement parlant et m'a permis de m'ouvrir aux autres et d'apprécier ce que j'ai. Ma vie est plus simple, plus paisible, je suis heureux de vivre. »

Pierre

« Maintenant, je comprends les forces, les capacités que j'ai en moi, ce qui m'a apporté une grande confiance en moi. J'arrive mieux à me cerner. Cela m'a donné le goût de toujours rechercher pour progresser.

Je me sens plus fort dans mes nouvelles responsabilités, j'ai plus d'autonomie. J'ai compris certaines choses que maintenant je déclenche dans ma vie : je suis calme en toute situation et donc très communicatif avec tout le monde. J'arrive à me libérer de mes préoccupations quant à mon travail quand j'arrive chez moi, malgré le nombre d'heures et mes nouvelles responsabilités.

Je suis seul à occuper ce poste ; il faut que je fasse tout, mais je me sens libéré. Tout se déclenche petit à petit. »

SUR LA GESTION DU STRESS



CAS PRATIQUE

Albert

« La formation me sert pour le stress. J'applique la sophrologie, j'utilise la respiration et les mouvements du cou. J'essaie de me relaxer ; les images du stage me reviennent. J'ai été surpris que pour la sophro tout le monde le fasse correctement. C'est surprenant, parce que c'était nouveau. Quand j'ai la boule à l'estomac, je respire bien fort et cela va. Je fais un geste (= signe-signal) que j'ai appris au stage pour me détendre. »

La réponse formation sur-mesure

La formule formation « sur mesure » connaît aujourd'hui un succès manifeste. C'est une réponse de formation spécifique à une demande d'entreprise. Elle est donc unique dans son approche et son contenu. Ce qui n'empêche pas de réaliser autant de stages nécessaires au vu du nombre de personnes concernées. Elle est élaborée dans une approche d'analyse des besoins prioritaires de l'entreprise liés à sa politique de gestion des ressources humaines et de son organisation.

Ce qui intéresse réellement l'entreprise, ce n'est pas le moyen, sophrologie ou autre en tant que tel, c'est son efficacité, c'est le résultat. Si elle choisit en connaissance de cause la sophrologie comme moyen c'est qu'elle pense que celle-ci est mieux adaptée pour obtenir les résultats qu'elle souhaite. Cela peut être par exemple pour préparer une nouvelle organisation, pour maîtriser un savoir-faire, une technique, pour accéder à des nouvelles capacités...

La réponse en termes de formation doit prendre en compte de toute façon les contraintes de l'entreprise, ses spécificités, sa culture et ses objectifs de développement. Pour cela l'intervenant, contrairement à la réponse catalogue, doit connaître le milieu dans lequel il intervient, son contexte, sa culture, ses valeurs, ses points forts et ses points faibles, le projet d'entreprise, etc.



GROS PLAN

Les intérêts d'une formation à la sophrologie sont :

- un intérêt financier dans la mesure où il s'agit d'un investissement ciblé et à long terme ;
- une réponse à un souci de confidentialité puisque contrairement aux stages catalogues le plus souvent inter, il reste au sein d'une entreprise ;

- une volonté d'une même culture d'entreprise notamment dans un groupe d'entreprises ;
- une réponse à des besoins spécifiques.

Les demandes sur ce type d'intervention peuvent concerner :

- les stratégies d'objectifs à prendre en compte ;
- les régulations des tensions internes ;
- le développement de la cohésion d'équipe ;
- le développer l'adaptation, la mobilité...

Voyons une illustration sur un cas dans une formation sur mesure.



CAS PRATIQUE

La réalisation de soi

Cette entreprise, une PME de 300 salariés, bien implantée dans la région Bourgogne, a connu jusqu'ici de beaux jours dans un développement constant. Spécialisée dans l'étanchéité des toitures terrasses, tout va bien tant que le bâtiment va. Mais en 2008 avec l'augmentation des coûts pétroliers, la sonnette d'alarme est tirée : les marges s'effondrent. Il est pressenti par la direction que les temps favorables à l'immobilier avec une surévaluation des prix sont désormais derrière et qu'il va falloir se diversifier. Le personnel est trop spécialisé et par les niveaux d'instruction générale peu adaptés à une évolution technologique marquante. Pourtant la survie de l'entreprise est en jeu car le carnet de commandes chute brutalement.

À la dernière réunion du comité d'entreprise, la direction s'est aperçue du peu de réactivité positive et surtout des résistances à un changement significatif sur le métier de l'entreprise. Globalement le personnel craint que tout changement mette en cause la pérennité des emplois, mais surtout que bon nombre de personnes se sentent incapables de dépasser ce qu'ils ont déjà acquis en compétences et en habitudes de travail.

La remise en question s'est exacerbée quand le directeur a parlé de terrasses végétalisées, d'étanchéité résine, de couvertures en panneaux solaires, etc. Les réactions reçues l'ont vite stoppé dans son élan à dévoiler tout son projet. Bref, il est arrivé à la conclusion qu'avant de réaliser des formations pointues sur certaines techniques il était peut-être judicieux de proposer à un premier groupe sélectionné une intervention centrée sur le dépassement de soi.

Il demande à un intervenant sophrologue un stage test permettant de stimuler l'énergie et la motivation à se dépasser. Pour ne pas faire peur et surtout aborder le stage dans une démarche purement personnelle, l'intervenant propose une action sur le thème : réalisation de soi. Ceci pour permettre une approche plus centrée sur les personnes plutôt qu'un défi lancé par la direction. Il propose aussi que la direction accepte des interventions externes de témoins qui ont réussi

des reconversions et également de professionnels maîtrisant les nouvelles techniques.

Ces interventions au cours du déroulement du programme démontrent sur des témoins choisis ce qu'ils ont pu réussir et comment ils ont procédé.

Le programme proposé : la réalisation de soi

Objectifs

- Prendre conscience de ses aptitudes et de ses désirs et vouloir les concrétiser.
- Dépasser ses peurs et faire confiance en soi et à la vie.
- Renouer avec son esprit d'être de passion.
- Viser un perfectionnement mature de soi.

Contenus

- Discerner ce dont on a réellement besoin et ce dont on a envie.
- Ce qui a causé ses échecs passés.
- Imaginer son ressenti si l'on sortait de sa zone de confort pour tester sa capacité de changement.
- Repérer ses blocages.
- Prendre du recul, de la réflexion pour se dégager de ses conditionnements et de ses illusions.
- Résister aux rythmes ambiants pour faire preuve de patience et de persévérance.
- Se projeter dans les actions à entreprendre.
- Se prendre en mains en avançant progressivement du facile au plus difficile. (Là où je réussis, j'ai envie de continuer).
- Se sentir responsable de ce que l'on fait et en assumer les conséquences.

Les exercices interludes

Il existe *un troisième type d'intervention* : la sophrologie en tant qu'activité-découverte à l'occasion de séminaires. Dans ce cadre, on exploite les pauses, les soirées pour une approche « découverte ».



GROS PLAN

1. Exposés et exercices d'entraînement, proposés comme un plus pour occuper utilement les soirées :

- découverte de la relaxation, de la musicothérapie ;
- renforcement de l'assimilation, de la mémorisation, par la relecture des messages essentiels de la journée au niveau sophro-liminal, entre veille et sommeil.

2. Actions de redynamisation, pendant les journées de formation en exploitant des temps de pause :

- petits exercices de pause-détente, basés sur la relaxation dynamique ;
- différents types de respiration sur des objectifs ciblés ;
- sommeil flash en trois minutes.

Des stages classiques avec injections de séquences sophroniques sur objectifs spécifiques

Ce quatrième type est constitué de stages classiques qui incorporent des séquences avec des techniques de sophrologie. L'animation reste dans les démarches habituelles des formateurs mais le fait d'avoir comme intervenant un sophrologue permet d'injecter des plus sur des objectifs spécifiques. Il s'agira essentiellement d'objectifs à caractère de développement personnel.



GROS PLAN

Objectifs des stages classiques

1. « Prise de parole en public ». Les pratiques de sophrologie peuvent trouver leur place sur les finalités suivantes :

- supprimer des tics de langages ;
- travailler sa voix ;
- être à l'aise dans ses attitudes physiques ;
- se préparer mentalement dans l'intervention ;

2. « Gestion du temps ». Les pratiques de sophrologie peuvent trouver leur place dans les finalités suivantes :

- lecture rapide (élargir son champ de lecture) ;
- choix de priorités (intuition, acceptation des renoncements).

4. Les types d'offres de sophrologie en entreprise sous forme de conseil

L'intervention type coaching

Dans ce cadre l'intervenant a une maîtrise de la psychologie puisque l'approche concerne des problèmes personnels ayant une répercussion sur l'exécution du travail. Le consultant est là pour répondre à un problème identifié ou pour l'analyser

et apporter une réponse satisfaisante. Il doit installer un rapport de confiance avec l'employé impliqué en assurant notamment une protection qui est celle de la confidentialité de leur propos. La démarche s'approche d'une thérapie personnelle orientée sur une problématique de vie au travail. C'est pour cela que le terme coaching est plus approprié que celui de thérapie.

La sophrologie adapte alors ses techniques et ses méthodes à chaque personne qui fera appel à ses services. Il pourra s'agir par exemple :

- de redonner confiance en soi ;
- de mieux gérer ses émotions en situations délicates ;
- de développer l'affirmation de soi ;
- de se préparer mentalement au processus de déroulement des tâches ;
- d'acquérir une meilleure concentration ;
- de faire face aux aléas ;
- de changer une mauvaise habitude...

Note : L'intervenant a à prendre en compte l'environnement immédiat du coaché pour cibler et limiter son intervention dans le cadre du poste de travail. Sa démarche s'appuie sur les outils de développement personnel accompagnant la conduite de la progression. La sophrologie est là en appui pour accompagner cette progression, pour la faciliter. C'est « mettre de l'huile dans les rouages » pour dynamiser les acquisitions nécessaires à l'adaptation.

Un conflit au travail est souvent mis en avant dans les relations hiérarchiques. L'approche individuelle du coaching permet de prendre en compte l'histoire personnelle. Dans la mesure où cette histoire remonte dans le vécu et la situation professionnelle, elle peut être considérée comme concernant la direction de l'entreprise.

On constate très souvent la répétition d'une situation vécue dans l'enfance et enfouie dans l'inconscient. Dans certains cas, un travail sur soi peut résoudre le problème. La relation de confiance instaurée avec son coach permet d'exprimer les émotions retenues. Cette expression soulage. Jusque-là, la colère, la peur et la souffrance étaient gardées, avec son cortège de somatiques. Le partage et l'assistance permettent d'approfondir la réflexion sur soi. Et, à partir de là de comprendre qu'est répétée inconsciemment une situation qui les avait déjà fait souffrir dans l'enfance, et qu'ils avaient enfouie.



CAS PRATIQUE

Paul

Paul, 42 ans, est ingénieur dans un centre de recherche. Déprimé depuis environ six mois quand il vient me voir, il est embourbé dans des relations difficiles avec son nouveau directeur, nommé à la suite d'une fusion. Insomniaque, Paul souffre

aussi d'un psoriasis, sans doute d'origine psychosomatique. Bien que jusque-là battant, Paul se sent « bloqué », ne peut plus « penser ni faire quoi que ce soit », se croit « incapable » de remplir ses objectifs professionnels.

Paul a compris que même à la quarantaine, avec un beau costume-cravate et de l'argent, il se conduisait toujours, sans s'en rendre compte, en enfant face à son patron, véritable figure parentale de substitution. Après trois séances, il a réussi à parler « d'homme à homme » avec son patron, et non plus à se positionner comme un enfant devant une figure d'autorité. Puis, suite à un bilan de compétences, il a quitté son travail, et s'est lancé dans un doctorat.

Mireille

Mireille, 35 ans, chef de produit, à la tête d'une équipe de dix personnes depuis dix-huit mois. Elle est déstabilisée par son chef : « Il me harcèle moralement », confie-t-elle alors. Mireille a compris que son chef la dévalorisait, tout comme ses parents l'avaient fait autrefois. Au lieu de démissionner, comme elle y songeait au plus noir de sa crise, Mireille s'est confiée à la DRH. Celle-ci, appuyée par le médecin du travail, l'a encouragée à monter un dossier sur les agissements de son supérieur et à le présenter au directeur général. Son supérieur a été licencié. Depuis, Mireille a retrouvé son poste avec un nouveau supérieur et une équipe motivée. Grâce à leurs motivations, et leur volonté de s'en sortir, Paul comme Mireille ont retrouvé l'estime d'eux-mêmes. Du coup, leur comportement a profondément évolué.

Claire

Claire avait du mal à gérer ses émotions dans ses relations de travail, elle raconte : « J'avais besoin de temps pour me renforcer, pour me connaître, pour m'accepter telle que je suis. J'ai du mal à trouver mes qualités, mais je me trouve plein de défauts, de faiblesses. Je ne suis pas telle que je voudrais être. Maintenant que j'ai acquis plus de stabilité je souris plus facilement à la vie, mais cela n'empêche pas les moments difficiles. Quand je vois venir les difficultés, je prends de la distance, je relativise en pensant : "Tu peux toujours essayer, cela ne coûte rien..." »

Arriver à savoir ce que l'on veut est une chose, le dire clairement et fermement à telle personne, au travail par exemple en est une autre, mais je constate que cela marche. J'ai mieux compris que ce qui m'arrivait dépendait aussi pour une bonne part de moi-même. Par exemple, malgré mes efforts dans mon travail j'estimais que je n'avais pas la reconnaissance à laquelle je pensais avoir droit et cela me laissait insatisfaite. À partir de ce moment, j'ai tenté de comprendre ce qui dans mon attitude avait contribué à ces insatisfactions, ces échecs, plutôt que de reporter sur des causes extérieures mon manque de réussite.

Ce qui m'a aidé fut de prendre conscience des préjugés et des jugements que l'on porte sur soi et sur les autres. En fin de compte il est très difficile de ne pas juger tellement nous avons cette habitude. Et cela m'a rendu bien plus stable et plus ouverte. »

La sophrologie dans le coaching permet des prises de conscience indispensables à toute évolution et tout changement.

L'intervention de type collective

Il pourra s'agir d'actions sur la demande de syndicats de salariés ou de comités d'entreprise. Non prise en compte forcément dans les budgets formation, elles prendront plutôt soit des dimensions culturelles soit des ateliers pratiques sur des demandes particulières. La gestion du stress est particulièrement appréciée et également la récupération d'énergie.

Cela peut être aussi un groupe de cadre ou le staff lui-même. L'aide à la décision et la maîtrise de soi sont particulièrement demandées dans ces groupes. Les réalisations se rapprochent du type stage catalogue, sauf que la demande vient d'un groupe et prend en compte des besoins de celui-ci. Des participants témoignent sur leur évolution dans la relation aux autres.



EN PRATIQUE

Jean-Paul

« Maintenant, je dialogue plus avec mon entourage... Je suis plus à l'écoute des autres. Il y a quelque temps, quand un gars avait des problèmes, je voyais bien qu'il voulait me parler mais je ne cherchais pas à prendre des contacts. Maintenant, j'écoute celui qui vient me trouver, avec attention, je ne fais pas semblant. Je ne lui apporte pas forcément les réponses, mais de savoir l'écouter, je crois que cela lui fait du bien... »

Albert

« L'implication de tout ça dans mon travail futur, qu'est-ce qui aura peut-être changé ? Mon comportement vis-à-vis des autres. Je serai peut-être amené à plus écouter les autres et ça, ce n'est pas une mauvaise chose. Parce que moi j'avais un caractère à me foutre un peu de tout et là peut-être je serai amené à faire plus attention à ce que me diront les autres et à essayer d'engager des conversations sur tel ou tel sujet dans la mesure où ça ne rentrera pas trop dans le champ personnel. »

5. Conclusions sur ces types d'interventions

Comment la sophrologie s'inscrit-elle dans de telles constructions de scénario ? En tant que science, technique ou art, elle s'inscrit dans toutes ces combinaisons. Elle n'est pas une méthode en soi, c'est un ensemble de techniques, mais aussi une

philosophie. Elle est à la fois un sujet d'apprentissage (on peut apprendre la sophrologie) ou un moyen d'apprentissage (la sophrologie, un moyen pour apprendre).

L'acquisition de connaissances peut se faire dans différentes occasions. Il a été reconnu que l'état « sophro-liminal », tout à fait naturel, est propice et privilégié pour améliorer l'assimilation et la mémorisation. Les pédagogies nouvelles orientées sur la personne donnent une large part à l'expression des sensations, sentiments et émotions. Elles créent des situations pédagogiques où les personnes peuvent exister avec tout leur être.

La mémorisation, l'ancrage de nouveaux savoir-faire et de nouvelles conduites, la prise de conscience des nécessités de changement passent par le vécu et l'expression des sensations et des émotions. Plus celles-ci seront intenses, plus l'empreinte sera forte.

Note : Si les applications de la sophrologie pratiquées par les sportifs de haut niveau permettent de reculer toujours plus les limites humaines, les applications en éducation des adultes ne sont pas systématiquement orientées vers ce but. Elles cherchent à améliorer le mieux-être dans la fonction professionnelle. Elles peuvent viser à mieux faire et à améliorer les pratiques du métier.

Faire mieux n'est pas nécessairement faire plus. La compétition peut s'inscrire dans le mouvement écologique : la création du monde ne nécessite pas sa destruction mais sa transformation.



GROS PLAN

La sophrologie en entreprise permet d'impliquer le corps et l'esprit pour :

- aller au-delà des pratiques traditionnelles de transmission du savoir spécialisé de celui qui détient la vérité ;
- passer à des apprentissages où l'apprenant réorganise ses savoirs nouveaux en les combinant avec d'anciennes acquisitions le plus souvent oubliées ;
- centrer l'intervention du formateur sur la mise en œuvre du contenant (situations pédagogiques) permettant des nouvelles appropriations du contenu ;
- permettre aux apprenants de s'approprier le contenant pour mieux accéder au contenu (apprendre à apprendre) ;
- trouver des ressources personnelles pour intégrer un poste ou une fonction.

Cette interaction du fond et de la forme, d'intervenir sur l'objet et le sujet, l'apprentissage de la forme qui facilite l'apprentissage du fond, est une nécessité face aux besoins de connaître et de comprendre de plus en plus de choses et de plus en plus vite.

La sophrologie appliquée à l'apprentissage le permet.

Là est la trans-formation.

6. L'attitude de l'intervenant sophrologue

L'attitude de l'intervenant face à un groupe d'adultes doit être dans une relation d'écoute active, d'empathie. Il n'a pas à juger, à évaluer sur le fond. C'est la notion d'alliance qui est à la fois une affinité et un contrat. Par contre, il a à fixer les règles du fonctionnement du groupe et à être garant de leur respect. Il n'y a pas de vie de groupe sans règles. Ces règles du jeu doivent à la fois permettre l'expression de chacun dans le cadre d'une activité, d'un programme et aussi assurer le respect et l'intégrité de tous.

Directif sur la forme, non directif sur le fond, c'est l'attitude générale de l'intervenant maîtrisant *a minima* la psychopédagogie de groupe. Cette attitude générale est à nuancer selon les multiples situations. En effet, l'intervenant, dans la mesure où il est un acteur du groupe, n'est pas à l'extérieur de celui-ci. Il est aussi une composante de sa dynamique. À ce titre, il joue dans le groupe un rôle spécifique mais qui peut être sensiblement différent selon les situations pédagogiques. Quelles que soient les variations de style, celles-ci doivent être, de sa part, conscientes et maîtrisées. Le constat explique en partie bien sûr les nombreuses difficultés et les résultats de nos modes d'apprentissage traditionnels.

Les interventions sophrologiques en entreprise interpellent l'ensemble des facultés cérébrales et mettent en relation toutes les dimensions de l'homme.



GROS PLAN

Le cycle général est le suivant :

- 1. État de veille :** apports structurés sur le fond de l'exercice et sur les méthodologies proposées.
- 2. État sophro-liminal :** fonctions liées à la créativité et l'imagination individuelle et collective, accès à la mémoire.
- 3. Retour à l'état de veille :** exploitation du vécu intra-sophronique.

4. Pontage sur l'avenir, généralisations, transpositions intégratives : réorganisation des nouvelles données dans le contexte de nouvelles représentations.

Selon ces quatre niveaux d'activités, de progression, l'attitude de l'intervenant est différente.

Fiche L'intervention

Étape 1 : communication et information sur la sophrologie

Il jouera essentiellement sur la structuration de l'information, sa transmission, la recherche de la compréhension et de son acceptation. Dans une formation sur les conduites et comportements, un premier consensus pourra être établi sur les messages essentiels. Dans cette étape, le style de l'intervenant pourra être directif, le ton magistral, l'attitude d'autorité ou pour le moins d'assurance et d'une ferme bienveillance. La voix est forte, claire, assurée. Les gestes sont amples, démonstratifs. L'intervenant témoigne une énergie débordante qui vise l'adhésion, l'implication, la motivation à apprendre. C'est un temps pour la découverte, la transmission de la passion dans le cadre d'une information structurée. Toute la préparation, la connaissance et le métier de formateur se retrouvent dans cette phase.

Étape 2 : prise en main du groupe et induction

Le sophrologue entre en scène. C'est devenu un guide qui conduit sur un chemin, chemin qui curieusement est différent pour chacun, contrairement à l'étape 1. Ayant permis l'accès du niveau de conscience au-delà de la raison, il crée les conditions d'ouverture individuelle à des nouveaux schémas de compréhension, de créativité, de mémorisation. La perception devient globale, le sens de l'intuition s'aiguise, les sens perceptifs sont stimulés.

Le sophrologue est au milieu du groupe. Il en fait partie. Il adopte les mêmes positions (allongé, debout, assis). L'état de sérénité se propage grâce à son *terpnos logos* (mode d'expression verbale doux et apaisant). Son ton de voix rassure.

Étape 3 : retour à l'état de veille

Le retour à l'état de veille ou désophronisation nécessite pour le sophro-pédagogue une attitude visant à la fois la restimulation d'énergie et la relance de l'expression tout en respectant les rythmes de « sortie des limbes » ou des reprises de consciences différentes pour chacun.

La difficulté est de ne pas accélérer la reprise en mains et de permettre à chacun selon son désir de s'exprimer sur ses sensations vécues, ses émotions, ses pensées et ses intuitions. Les personnes sont dans cet état de bien-être tel, qu'elles peuvent prendre du recul sur leur situation et faire émerger leurs valeurs personnelles. De ce partage, le sophrologue devient

un écoutant et se remet progressivement dans un nouveau rôle de « facilitateur » de l'expression par des reformulations individuelles et de synthèse¹.

Dans cette étape, il reste à la fois associé au groupe mais prépare la dissociation. C'est le moment pour lui de permettre à chacun la réexploitation de nouvelles voies, la récupération des intuitions ou révélations. Son attitude sera une méthode d'aide, d'attention bienveillante, de facilitateur mettant en lumière de nouvelles perspectives. Le ton en général est une expression sereine, une décontraction exprimée. L'attitude exprime la distanciation face aux événements, ou une nouvelle relation face à la réalité.

Étape 4 : préparation du retour au travail

Il s'agit d'exploiter cette nouvelle relation au monde, d'éviter le retour aux situations antérieures ou de provoquer des effets de retombées et de coupure. Ce qui s'est passé à l'étape 2 n'est pas au-delà du réel, il peut modifier la réalité, c'est-à-dire les représentations de chacun. Dans cette étape l'intervenant devient le consultant dans une fonction de conseil, conseil dans les méthodologies et non dans les choix d'action. Il éclaire, aide, incite, permet l'explicitation et les mises en action. Pour cela, il s'agit de prendre le temps d'exprimer pour soi et pour les autres les applications, les engagements, les actions possibles. C'est un temps qui peut être de synthèse personnelle, de bilan, mais aussi de préparation à l'action, de détermination de nouvelles modalités d'action, de conduite. Ce temps de redynamisation est pour lui la préparation à l'envoi, à la rupture avec le groupe ou avec l'activité passée. C'est un passage pour chacun. Le temps est important, il conditionne l'autonomie.

Le formateur, tout en gardant la relation positive, doit avoir une attitude de prise de distance, de renonciation à une relation privilégiée, pour se rhabiller de son rôle et de son statut. La confiance à l'autonomie, aux nouvelles capacités, doit se témoigner dans ce temps. Le principe de la porte ouverte est alors affirmé, et chacun sait bien que le temps est révolu et que, muni de nouvelles richesses, il prend son chemin personnel.

7. La sophrologie et l'évolution des conduites

L'intérêt de la formation professionnelle est de permettre l'évolution des conduites. En effet, en formation d'adultes les acteurs sont impliqués. Ils ne sont pas objets, ils sont sujets. À quoi servent les acquisitions de connaissances ou de savoir-faire, s'il n'y a pas évolution des personnes dans leur relation à leur nouvelle situation professionnelle ? C'est la modification des conduites humaines, des comportements, qui permet l'utilisation des nouveaux savoirs et savoir-faire.

.....

1. Selon l'approche de la reformulation de Carl Rogers.

Il s'agit pour chacun de s'auto-conditionner dans l'intégration à ces nouvelles situations. Plus le secteur professionnel, les métiers, les techniques sont changeantes, plus cette nécessité d'apprentissage à l'évolution devient permanente.

Face aux conduites nouvelles à adopter, il n'y a pas pour chacun de solution *a priori* ni de réponse toute faite. Chacun doit pouvoir, à partir de ce qu'il est, de ce qu'il peut ou souhaite, déterminer ses manières d'être dans les situations futures. En sophrologie la technique privilégiée est la SAP (sophro-acceptation progressive).

Faisons référence à Jean Feijoo dans son traité de sophrologie liée à la physiologie :

« Tout ce qui précède peut expliquer l'efficacité de telle technique de sophro-acceptation progressive, utilisée journallement par les sophrologues, dans un entraînement à l'affrontement à l'épreuve. Le but recherché est donc la facilitation d'un programme enclenchant une réactivité positive au détriment du pré acquis à modifier...

Et pour cela la mémoire travaille dans l'anticipation d'une situation à affronter, dans une acceptation progressive...

Lorsque le sophronisé est confronté avec la réalité de la situation pour laquelle il a été entraîné, il va devoir tamponner l'écart possible entre la réactivité « rêvée » et la pragmatique. » (Feijoo, 1997)

D'où l'idée d'imprégner le limbique en chargeant les situations pédagogiques d'émotions et de sensations. C'est l'effet cathartique.

L'effet cathartique prend naissance dans les rituels qui composent et entourent chaque activité et mûrit tout au long de son développement. On peut considérer qu'il est à son apogée lorsque chacun « se donne à voir », lorsqu'en les exprimant chaque participant peut par la parole ou par tout autre moyen d'expression, libérer ses tensions, ses peurs, ses doutes, ses révoltes.

Cette charge affective sur des situations ou activités représentatives des situations futures à intégrer, permet aux participants de prévoir, de s'imprégner des nouvelles conduites. La puissance de ces programmes est liée à la richesse de ces visions mais surtout à leur charge émotionnelle. Cette charge physique et mentale est stimulée aussi bien en activation intra-sophronique que dans la verbalisation post-désophronisation (étapes 2 et 3 vues précédemment).

8. Les outils de la sophrologie appliquée en entreprise

La visualisation

La conduite d'une sophronisation avec son lâcher-prise, sa respiration, amène à la relaxation corporelle et à ses sensations multiples, puis à la détente mentale qui ouvre sur la visualisation et son imagination créatrice. Libéré des contraintes corporelles et des pensées parasites, l'esprit peut développer ses facultés créatives.



GROS PLAN

La visualisation

La visualisation est une représentation mentale. Ce n'est pas une technique liée uniquement à la sophrologie, et ce n'est pas une pratique récente. L'homme primitif avait une conscience essentiellement visuelle, il vivait parfaitement adapté à son environnement. Il pensait, ressentait, vivait sur un mode visuel. Petit à petit avec le développement du langage, les mots, l'écrit, la pensée rationnelle ont commencé à dominer la pensée visuelle. Or reconquérir cette faculté est de plus en plus nécessaire à l'homme moderne face à l'accélération des changements. Prévoir, c'est prévoir mentalement.

Cette technique est une réponse à ce besoin d'adaptation. Une réponse efficace qui est utilisée dans des écoles différentes que sont la programmation neurolinguistique, la gestalt-thérapie, le yoga-nidra (une des sources de la sophrologie) et dans la plupart des méthodes de relaxation (training autogène, de Schultz, hypnose, méthode de Sapir, méthode Vittoz, méthode alpha, *Silva mind control*, etc.). La visualisation est une représentation mentale positive.

En sophrologie, une des techniques majeures de la visualisation est la SAP (sophro-acceptation progressive). À partir d'une sophronisation simple de base, il est demandé aux participants de se représenter une image dans un proche avenir, d'une situation où ils doivent intervenir personnellement.

Les « sophronisés » se projettent dans des situations concrètes, entièrement confiants, et se voient dans l'accomplissement positif de réalisation du projet. Ils s'en imprègnent complètement en la vivant avec toutes les sensations et les émotions gratifiantes.

Il importe d'enrichir progressivement les capacités de visualisations. J'ai pu me rendre compte que ces capacités varient énormément d'une personne à une autre. Pour s'entraîner à ce développement, on pourra progressivement faire travailler les participants à des visualisations de plus en plus riches².

La conduite d'une programmation mentale

Cette technique est adaptée pour changer des habitudes, développer son adaptation ou réaliser un projet.

Fiche

Procédure générale d'une programmation mentale

Voici la procédure à adopter pour la conduite d'une programmation mentale pour un développement personnel.

1. Désirer le but final du programme

Le but ou la cible (réel ou potentiel) doit être perçu comme existant dès maintenant.

2. Croire à la finalité du programme

La confiance en soi et la conviction sont nécessaires pour réussir, car le mécanisme créateur agit en dessous du seuil de conscience.

Ne pas avoir peur des erreurs de parcours, on avance en corrigeant les erreurs.

Ne pas laisser le doute s'installer.

Ne pas se laisser influencer par les suggestions négatives de son environnement.

3. Anticiper le résultat du programme

C'est-à-dire considérer le but du programme comme étant atteint sans se soucier des moyens pour l'atteindre.

Ne pas se préoccuper des moyens, ils se mettront d'eux-mêmes en place.

4. Formuler le programme d'une manière affirmative, éviter les négations

Par exemple, ne pas se dire : je ne serai pas timide, mais je suis plein d'assurance.

.....

2. Visualisation : c'est une réactivation des expériences du passé de film ou d'images perçues, pas seulement sur le plan visuel mais sensoriel et émotionnel. Ces images visent l'anticipation des actes futurs ou la compréhension d'expériences plus ou moins refoulées du passé.

La visualisation fait intervenir les perceptions internes de nos cinq sens. Cette faculté du cerveau antérieur, propre à l'être humain, peut être utilisée dans différentes intentions :

– revivre des scènes du passé afin de libérer les charges émotionnelles contenues dans les souvenirs, reconnaître aux vécus passés leur rôle nourricier de « qui je suis aujourd'hui », leur valeur d'expérience évolutive ;

– inscrire volontairement une nouvelle réalité, cicatrisante pour le corps émotionnel, qui remplacera l'ancienne information dans le cerveau ;

– laisser libre court à la rêverie, à la fantaisie ou créer volontairement un vécu futur pour favoriser sa réalisation.

5. Utiliser les éléments connus sur lesquels nous avons une maîtrise personnelle

Le perfectionnement et la réussite en continu ne sont possibles que si on oublie les fautes passées et si on se souvient des réponses appropriées afin de les imiter.

6. Se réjouir émotionnellement du résultat

Pour entreprendre, il faut agir comme si les preuves de garantie étaient là.

7. Visualiser le résultat dans toutes ses conséquences positives

Éliminer les actions qui pourraient causer du tort à quiconque, ne garder que celles qui ont des conséquences positives pour son environnement.

Le déroulement d'interventions

Dans une intervention de groupe, le déroulement d'une intervention est préparé. La programmation peut être découpée en séquences d'une durée d'une heure à une journée.

Par exemple dans le cadre d'un stage classique avec injections de séquences sophroniques, le projet pourra être pour l'intervenant de permettre le développement de certaines qualités humaines spécifiques. Un certain nombre de qualités pourront être mises en avant pour préparer le personnel à faire face à un projet d'évolution de l'entreprise.

Une fiche de déroulement pourra être établie, comme dans la proposition ci-après.

Fiche Image de soi/qualité

Consigne générale

Cette séquence peut être découpée dans le temps selon les possibilités du formateur. Les parties « sophrologie » sont intégrées dans un découpage d'intervention qui peut être adapté selon le projet pédagogique.

Le travail est en groupe, mais chacun est porteur d'une qualité particulière.

Durée indicative : 6 à 8 heures.

Objectif de cette unité de formation : développer une qualité personnelle nécessaire à sa fonction.

Déroulement

1. Introduction sur l'image de soi : mécanismes de l'image de soi.
2. Explications sur les qualités prédéterminées. Les causes et les symptômes possibles de ces qualités faisant défaut.

3. Sophro-anamnèse en position allongée. Faire rechercher au cours de sa vie professionnelle les situations où cette qualité choisie a fait défaut (écran noir) et où, au contraire, elle a pu s'exprimer (écran blanc).
4. Désophronisation
5. Journal sophronique. En restant chargé de ce vécu émotionnel, chacun écrit deux situations marquantes de cette qualité : une mal vécue, l'autre bien vécue.
6. Partage en sous-groupe de la situation mal vécue (en laissant la liberté de l'exprimer ou non).
7. Retour grand groupe : sophronisation position assise. Image neutre – SAP sur une situation future valorisant la qualité choisie. Dissociation, puis association à l'image (SCS).
8. Désophronisation – Verbalisation – Journal sophronique.

La progression pédagogique et le positionnement du stagiaire sont organisés en fonction des objectifs de cette séquence qui se déroule selon le **tableau 15.1**.

Tableau 15.1. Progression pédagogique.

Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4	Étape 5
Qualités à développer dans la fonction.	Références sur les qualités faisant défaut.	Remémoration des situations difficiles où ces défauts se sont exprimés.	État ressource d'une qualité vécue avec réussite.	Expression et partage du vécu physique et mental.
Positionnement individuel.	Sous-groupe.	Individus dans le groupe.	Substitution mentale (SAP et SCS).	Reconnaissance de l'individu dans le groupe.

Cette progression met rapidement l'accent sur l'isolement de l'individu face à son environnement. Bien que conditionné par son environnement, il reste finalement seul face à la manière dont il va jouer sa relation au milieu.

L'objectif visé de l'apprentissage est de s'entraîner, en fonction de sa personnalité, de ses potentiels et de ses ressources propres, à programmer positivement son propre reconditionnement.



GROS PLAN

Les objectifs d'entraînement

- Choisir trois qualités à développer chez soi, à partir de l'évolution perçue de la fonction et de ses désirs.
- Définir et vivre mentalement une situation ressource.
- Programmer son reconditionnement positif.

Globalement, les étapes 1, 2 et 3 sont vécues positivement ; les signes pouvant être observés sont au niveau de l'implication individuelle, et dans les travaux en groupes et la mise en commun des situations vécues par les individus. Les situations professionnelles de référence sont présentées par les stagiaires comme traumatisantes avec un retentissement dans le temps.

En revanche, les étapes 4 et 5 sont vécues de manières différenciées voir opposées, pour certains un effet de surprise positif, pour d'autres une demande d'approfondissement ou de répétition pour aller plus loin.

Le choix en groupe des qualités nécessaires à la fonction est une démarche qui associe ou dissocie l'individu à un modèle du groupe (ou du sous-groupe) autour de certaines qualités. Dans la mesure où sont demandées trois qualités au maximum, il est exceptionnel qu'une personne choisisse des qualités dont aucune ne serait également choisie par quelqu'un d'autre. L'identification à certaines qualités crée les affinités dans un groupe.

9. Des pistes d'application en entreprise

Les voies de développement sont nombreuses et à ce titre je proposerai neuf idées et enseignements de ce que peut apporter la sophrologie dans le cadre de la formation professionnelle ou du coaching.

1^{re} proposition : le sommeil

Les raisons évoquées pour expliquer le manque de sommeil sont nombreuses : travail, stress, famille. Ils sont 45 % à ne pas dormir assez.



FLASHINFO

Soit près d'une personne sur deux déclare manquer de sommeil ! C'est ce que révèle l'enquête menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Parmi eux, 12 % déclarent souffrir d'insomnie, et 17 % accumuler une dette chronique de sommeil. Les raisons incriminées sont nombreuses : le travail (52,5 %), les facteurs psychologiques comme le stress ou l'anxiété (40 %), les enfants (27 %), les loisirs (21 %), le temps de transport (17 %).

Si pour la majorité d'entre nous dormir est important pour la santé (99,8 %) ou synonyme de plaisir (86,3 %), 4,8 % vivent un cauchemar à

l'évocation de la nuit et près de 10 % l'envisagent comme une contrainte, voire une perte de temps (13 %).

De l'avis de tous les experts, il ne faut pas prendre le sommeil à la légère. Il est le baromètre de notre humeur, de notre équilibre, de notre santé physique comme mentale. Les conséquences de mauvaises nuits répétées sont multiples : impact sur les mécanismes d'apprentissage et de mémorisation, sur la régulation du stress.

Dans ce cadre, utiliser la sophrologie pour les travailleurs postés éviterait bien des erreurs et accidents.

2^e proposition : l'évolution de l'enseignement des langues

Face à l'Europe, à la mondialisation des affaires et de l'économie, il y a urgence à proposer aux cadres et aux techniciens, une approche nouvelle plus facile et plus rapide que ce qui peut exister en général pour l'apprentissage des langues. Des exemples se mettent en place, dans ce domaine. Les essais sont encore trop timides ou limités en France par rapport aux enjeux. Pour l'instant, ce type d'apprentissage reste de l'ordre de l'exception. Des modèles existent, mais disparates.

Développer dès l'école primaire un apprentissage des langues en utilisant ses cinq sens permettrait une meilleure assimilation.

3^e proposition : développer la conscience sophronique en entreprise

Dans un monde du travail de plus en plus difficile, parce que plus complexe et plus changeant, il me semble qu'il peut être judicieux et opportun de sensibiliser, valoriser et développer l'idée que tous ont à gagner à rechercher le développement de la conscience sophronique. En Suisse, les mutuelles remboursent déjà en partie les séances de sophrologie. Les résultats portent sur la réduction du stress, donc des maladies, de l'absentéisme, et l'augmentation de la sécurité, de la productivité. Les entreprises ont tout à y gagner. Pourtant peu sont encore à l'heure actuelle sensibilisées. L'intégration de la sophrologie pourrait être recherchée dans les programmes de formation mais aussi dans l'organisation du travail, dans les modes de vie sociale de l'entreprise. Ces approches nécessiteraient une modification dans les mentalités notamment pour un des biens les plus précieux : le temps. La gestion du temps passe par une modification du rapport au temps.

Le court terme est bien souvent privilégié au long terme. Le management humain pourra-t-il concevoir qu'une personne mieux dans sa peau soit plus efficiente dans son travail ?

4^e proposition : développer plus couramment l'intégration de la sophrologie dans les pratiques pédagogiques

La sophrologie est reconnue dans différents domaines et doit pouvoir prendre ses lettres de noblesse en formation d'adultes.

Je vois trois approches de réalisation possible :

- La sophrologie de base, en quelque sorte les figures imposées des écoles de formation à la sophrologie.
- La sophrologie intégrée dans des programmes à vocation de préparation à de nouvelles fonctions ou de nouvelles situations.
- La sophrologie comme réponse technique à un problème précis (prise de parole en public, élaboration d'un projet, recherche d'une solution à un problème...).

Dans la mesure où l'état sophronique permet de développer les facultés cognitives, l'utilisation de la sophrologie dans tout type d'apprentissage permet en plus d'apprendre à apprendre.

5^e proposition : développer les capacités sensorielles perceptives

Dans les enseignements classiques la tendance est de privilégier l'expression orale, donc l'ouïe chez l'apprenant, en alternance avec le support écrit et le sens de la vue.

Les perceptions sensorielles sont limitées et par conséquent les voies d'apprentissage également. Il me semble bénéfique de relancer les capteurs d'information par la combinaison des cinq sens. Des applications de la relaxation dynamique peuvent être utilisées non seulement dans une pédagogie de la découverte, mais également dans le partage d'expériences, dans la transmission des savoir-faire acquis sur le tas, par tous et même le personnel compétent mais maîtrisant mal le langage technologique.

Développer les capacités sensorielles permet de mieux appréhender son environnement. Cette proprioception est un facteur d'adaptation aux changements.

6^e proposition : concerne l'amélioration de la sécurité individuelle au travail

La majorité des accidents sont liés à l'inattention. La sophrologie prend sa source sur la maîtrise des niveaux de vigilance. L'apprentissage de l'état sophronique plus vulgarisé face à l'acte de production quelconque serait une démarche préventive efficace. Chacun peut voir les capacités de concentration développées chez les sportifs de haut niveau. Cette concentration qui mobilise toute l'énergie vers une action déterminée tout en faisant complètement abstraction de son environnement (ou au contraire l'intégrant dans la préparation ou la réalisation de la performance) me semble parfaitement transférable sur les méthodologies d'apprentissage et de préparation à l'action. Des programmes spécifiques pourraient être enseignés à partir de cette base, visant à développer l'attention flottante (ou errante) dans les situations à risques.

Chacun pourrait ainsi déclencher pour sa propre sauvegarde, un programme de vigilance automatique et ainsi améliorer la prévention pas seulement dans le travail mais aussi dans sa vie quotidienne.

7^e proposition : la conduite du développement et les perceptions intuitives

La créativité et l'innovation sont ou devraient être l'affaire de tous. Certaines entreprises ont valorisé le système des « boîtes à idées ». Le personnel de production possède le plus souvent des gisements créatifs dont il n'a pas lui-même conscience. À quoi sert l'idée géniale au quotidien si elle n'est pas soutenue, prise en compte, mise en application ? Produire des idées ne devrait pas être un droit ou un devoir, mais un réflexe de survie pratiqué par tout le monde. En France on a des idées, mais... À quand l'idée de savoir comment transformer au mieux les idées ? La sophrologie développe des états de conscience favorisant l'illumination créative. Mais que se passe-t-il du côté des politiques d'entreprise à ce sujet ?

La créativité en groupe multiplie de manière exponentielle les capacités créatives individuelles. Ce point rejoint les deux propositions précédentes.

Il y a aussi une culture collective à exploiter, car il y a plus de créativité possible dans un ensemble en interaction de cerveaux que dans la somme de chacun. Comment valoriser, stimuler, reconnaître les acquisitions par la stimulation des intelligences et acquis collectifs ? Là aussi des perspectives existent mais restent à explorer en ce qui concerne la communication du savoir et de l'échange de la connaissance, en état

sophronique. Quand l'entreprise moderne considérera-t-elle que faire régulièrement de la créativité avec tous les niveaux du personnel n'est pas du temps perdu ?

Face à la crise mondiale, le plus important n'est plus forcément la valeur ajoutée mais peut-être l'intelligence ajoutée.

8^e proposition : conditionnement et libre arbitre

L'éthique de la sophrologie met l'accent sur la relation entre le sophrologue et ses patients, dans le contrat d'alliance. L'approche est humaine, le contrat est aussi clair que possible, le « patient » n'a pas que le nom, il est aussi acteur. Cela n'empêche pas cette technique d'utiliser les lois du conditionnement. C'est à ce niveau qu'il s'agit de clarifier les messages. Il convient de ne pas oublier que le conditionnement est partout et qu'il est permanent (voir la publicité). Le conditionnement est même la base de l'apprentissage et ceci depuis le plus jeune âge.

Il convient cependant dans les projets de formation, intégrant la sophrologie, d'expliquer la « syntaxe » des techniques sophrologiques de conditionnement. Il n'y a pas de vraie formation et d'évolution sans reconditionnement. La sophrologie favorise les prises de conscience et donc les capacités d'autonomisation. C'est l'occasion de faire évoluer les styles de management trop autocratique vers une meilleure participation aux objectifs de l'entreprise.

9^e proposition : l'importance de la verbalisation

Dans nos mentalités individualistes on a souvent tendance à « garder pour soi » ses acquis, ses savoirs et aussi ses interrogations, ses difficultés... Le partage peut demander des efforts mais aussi assistance, aide. Dans les démarches sophrologiques, ce temps suite à la désophronisation est propice à une expression et une communication profonde et vraie. C'est la verbalisation.

Quelles démarches, quelles expériences, quelles ressources, quelles limites ? La verbalisation en état sophronique peut être par exemple une voie intéressante à explorer.

10. En guise de conclusion

Les voies d'évolution sont nombreuses quels que soient les domaines de recherche. Au niveau du développement humain dans le monde de l'entreprise, la sophrologie peut être un moyen privilégié dans la mesure où elle prend l'homme dans sa globalité

avec ses richesses et ses potentiels. Il s'agit comme dans toute intervention dans ce domaine, de garder une éthique, une déontologie et une maîtrise de ses interventions.

Il convient également de s'adapter aux possibilités, aux niveaux culturels et aussi aux mentalités. L'inconnu fait peur d'une façon générale. Certaines interventions ont pu mal tourner que ce soit du côté de la sophrologie comme de n'importe quelle autre approche. Il y a toujours des esprits malsains du côté des exploiters ou de celui des jaloux de la réussite ou de la concurrence des autres. D'où l'importance de montrer, de démontrer, de démystifier la sophrologie et d'apprendre à s'en servir aussi bien sur le plan personnel que professionnel.

Même si pour ses débuts où l'on a besoin d'un guide, apprendre par soi-même en autonomie, est la démarche souhaitée avec la sophrologie.

11. Bibliographie

- AMSALLEM C. et M. (1996). *La Synergie dans l'entreprise*, Gap, Le Souffle d'or.
- ARCHIER G., SÉRIEYX H. (1984). *L'Entreprise du troisième type*, Paris, Seuil.
- BLANC B. (1996). *Former avec la sophrologie : une nouvelle voie pour apprendre*, Lyon, Chronique Sociale.
- BLANC B. (2007). *Être bien dans son corps, être bien dans sa tête*, Lyon, Chronique Sociale.
- BOON H., DAVROU Y., MACQUET J.- C. (1996). *La Sophrologie*, Paris, Retz.
- FEIJOO J. (1997). *Traité de sophrologie : physiologie*, t. III, Paris, Le Courrier du livre.
- ISIMAT-MIRIN M. (2006). *Guide anti-stress de l'enseignant*, Lyon, Chronique sociale.
- JACOBSON E. (1980). *Savoir se relaxer*, Montréal, Éd. de l'Homme.
- LOUSSOUARN T. (1990). *Transformez votre vie par la sophrologie*, Escalquens, Dangles.
- MALET V. (2001). *Techniques de relaxation en formation*, Paris, Retz.
- MANET G. (1991). *Vivons l'école autrement par la sophrologie*, Paris, ESF.
- PAVLOV I. (1927). *Les Réflexes conditionnés*, Paris, PUF.
- PECCOLLO J.- Y. (1987). *Se préparer aux examens et concours par la sophrologie*, Paris, Retz.
- PECCOLLO J.- Y. (2000). *La Sophrologie au quotidien*, Paris, Rocher.
- PHILIPPE N. (1998). *Changer par la visualisation*, Paris, Retz.
- VERDILHAC M. (1990). *Visualisations relaxations intégratives*, Paris, Retz.

Chapitre 16	
Sophrologie et médecine générale	326
Chapitre 17	
Sophrologie et traitement de la douleur	351
Chapitre 18	
Sophrologie et psychothérapie	384
Chapitre 19	
Sophrologie et soins infirmiers	409
Chapitre 20	
Sophrologie et orthophonie : la recherche d'un juste équilibre	436
Chapitre 21	
Sophrologie et kinésithérapie en pratique courante	462
Chapitre 22	
Sophrologie et psychomotricité	492
Chapitre 23	
Préparation à la maternité et à la paternité avec la sophrologie	510
Chapitre 24	
Sophrologie et maladies graves	543
Chapitre 25	
Sophrologie en soins palliatifs	570
Chapitre 26	
Sophrologie pour des enfants à l'hôpital	599
Chapitre 27	
La sophrologie avec les enfants	622



Partie
4

Domaine de la santé

Applications thérapeutiques

Chapitre

16

Sophrologie et médecine générale

BENOIT FOUCHÉ

> Pourquoi ce chapitre ?

La médecine générale est un art particulier de soigner un patient dans les différentes composantes de sa personne. Le médecin étiquette le symptôme dans le catalogue des maladies, mais il évalue également la réactivité émotionnelle du patient au moment où il est avec ce symptôme, cette maladie qui vient d'apparaître. Le médecin fait élaborer au patient sa colère, sa tristesse, sa résignation, sa dépression, mais aussi ses joies, ses projets de changement de vie. Il fait prendre conscience au patient de ses émotions négatives et de ses émotions positives ; lesquelles émotions le patient devenu sophronisant devra rencontrer dans la pratique sophrologique.

Sommaire

1. Sophrologie et douleur.....	328
2. La préparation à l'accouchement.....	333
3. La rééducation des accidents vasculaires cérébraux.....	336
4. Sophrologie et démence d'Alzheimer.....	339
5. Sophrologie et sommeil.....	342
6. Sophrologie, angoisse et dépression.....	345
7. Conclusion.....	349
8. Bibliographie.....	350

La science médicale fondée sur la biologie, l'anatomie, la physiologie se sent plus à l'aise dans une médecine spécialisée dans chaque organe, telle que la science les a définis et isolés :

- système cardio-vasculaire ;
- système nerveux central et périphérique ;
- système psychique.

Or le médecin généraliste face à la demande d'un patient qui se plaint d'un symptôme peut évidemment se contenter de traiter le symptôme qu'il regarde comme venant d'un seul organe et non pas appartenant à la totalité de la personne. Dans cette perspective mono-organique, le médicament comme solution viendra réparer l'organe ou le rééquilibrer. Mais il peut aussi recevoir son patient avec une autre écoute : aider le patient à intégrer le symptôme et la maladie dans l'ensemble de la conscience qu'il a de son corps et de son projet de vie personnelle.

C'est là que la sophrologie peut devenir un apport essentiel pour la médecine générale. D'abord, être médecin et sophrologue donne une position d'écoute particulière vis-à-vis du patient : la consultation devient une rencontre de deux présences corporelles, de deux formes d'énergie corporelle.



GROS PLAN

Bienfaits de la sophrologie en médecine générale

La pratique de la sophrologie va être d'abord pour le patient une manière nouvelle de rencontrer son corps. Non plus un corps que j'ai, mais un corps que je vis. Et surtout, le sujet malade va intégrer sa douleur ou sa souffrance dans la conscience globale de son schéma corporel. Tout le travail sur le symptôme en sophrologie consiste non pas à faire disparaître le symptôme, comme cela se fait avec un médicament ou une intervention chirurgicale en médecine classique ; mais aider le patient à intégrer le symptôme dans la conscience de son schéma corporel pour le transformer : par exemple, modifier la perception de la douleur à l'aide de la sophro-substitution sensorielle, intégrer une paralysie d'un membre suite à un AVC à l'aide de la relaxation dynamique 1 (RD1).

La sophrologie permet au patient de travailler sur la représentation qu'il a de lui-même. C'est surtout le travail qui se fait en relaxation dynamique 2 (RD2). Le patient doit rencontrer et regarder les émotions négatives qui ont sous-tendu la maladie. Il est, à mon sens, simpliste d'affirmer que « tout est psychosomatique », à savoir que nos maladies seraient toujours causées par des émotions négatives. Il est plutôt sage

pour un médecin de traiter la composante organique de la maladie et de savoir qu'il faut considérer que l'état émotionnel est toujours présent dans la maladie soit comme cause, soit comme conséquence.

La *relaxation dynamique 2* permet d'accéder à une représentation globale de soi-même et de rentrer dans les images que nous nous faisons de nous-mêmes : images positives connues, images négatives. Et les images sont une étape vers la symbolisation des émotions, c'est-à-dire vers une prise de distance avec les émotions.

La *relaxation dynamique 3* (RD3) est une pratique de méditation qui permet d'aller plus loin et de vivre un corps transcendantal, c'est la conscience transcendantale du corps où le corps perd ses limites, se fond dans un espace illimité.

Nous allons envisager la pratique de la sophrologie pour répondre aux demandes faites par le patient au médecin généraliste lorsque le patient veut se passer de médicaments ou du moins limiter les effets secondaires des traitements.

Nous allons classer les demandes faites par le patient en fonction des branches cliniques de l'exercice médical occidental qui est le nôtre :

- douleur (analésie et anesthésie) ;
- préparation à l'accouchement ;
- prise en charge du post-AVC ;
- maladie neurologique dégénérative en particulier Alzheimer ;
- insomnie ;
- angoisse et dépression.

1. — Sophrologie et douleur

C'est bien une demande symptomatique qui concerne aussi le médecin généraliste¹, comme toutes les professions médicales. Il est compétent pour s'assurer que les causes de la douleur ont été explorées et sont prises en charge par voie médicale, rééducative ou chirurgicale.

.....

1. Si un chapitre de l'ouvrage est entièrement consacré à ce sujet, le propos du praticien généraliste régulièrement confronté à cette question de la douleur-souffrance n'en reste pas moins édifiant. Nous signalerons par ailleurs les éléments présentant une utile complémentarité avec d'autres chapitres (B. Etchelecou).

La douleur stimule les aires sensorielles du cerveau. Mais la question est en fait plus complexe, car il y a une dimension émotionnelle et cognitive de la perception de la douleur, et c'est sur cette dimension que la sophrologie agit. Il faut donc la comprendre.

ZOOM. Douleur et humeur

Dans son excellent article de la revue *Cerveau et psycho* : « La Psychologie de la douleur », Howan Fields, neurologue et neurobiologiste à l'université de San Francisco, écrit : « L'humeur interagit avec la douleur. Par exemple, des personnes déprimées ressentent probablement plus de douleur en raison de leur état d'esprit². »

Les neuroscientifiques ont découvert un circuit qui va des lobes frontaux du cortex cérébral à la moelle épinière en passant par le mésencéphale et qui modèrent la douleur : les neurones de ces circuits produisent les « endorphines » qui sont des antalgiques naturellement synthétisés par l'organisme.

L'anticipation négative, par exemple, la connaissance d'un traumatisme précédent, peut accroître la douleur. La bonne humeur (« ... même pas mal... ») ou l'anticipation positive diminuent la douleur, et c'est sur ces émotions et ces cognitions que joue la sophrologie.

Or cette corrélation, les chercheurs de San Francisco, l'ont démontrée :

- L'application d'un stimulus douloureux sur la main est précédée par la vision sur écran du mot « haute température » sur fond rouge. Lors du stimulus douloureux, les sujets ressentent peu la douleur après avoir vu « basse température » sur fond bleu, et c'est au contraire, une réaction douloureuse vive après « haute température » sur fond rouge.

Nous sommes ici en plein exercice de sophro-correction sérielle ou de sophro-substitution sensorielle et nous sommes heureux d'apprendre que nos techniques sophrologiques sont fondées neurologiquement sur le circuit modulateur de la douleur et de la sécrétion d'endorphines.

- L'attente de récompense sous forme de nourriture peut modifier l'intensité de la douleur perçue : un groupe de rats est nourri sur une plaque chauffante avec des croquettes normales. Un autre groupe est nourri sur une plaque chauffante avec des biscuits et du chocolat. Quand on augmente jusqu'à la douleur la température de la plaque, les rats qui s'attendent à avoir du chocolat supportent la chaleur deux fois plus longtemps que les rats nourris aux croquettes.

Or quand on leur administre une drogue qui empêche les endorphines d'agir, le groupe de rats en attente du chocolat supporte aussi mal la douleur que les autres.

L'anticipation d'une récompense augmente la tolérance des rats à la douleur.

La sophro-acceptation progressive (SAP) a donc bien une fonction analgésique en anticipant une récompense, à savoir en faisant vivre au sophronisant la période d'après, où il sera guéri et aura repris une vie normale. Et nous savons donc que la SAP agit grâce aux endorphines.

.....

2. Revue *Cerveau et psycho*, mars-avril 2011, p. 56.

Les douleurs chroniques

Le sophrologue va être amené à traiter le plus souvent des douleurs chroniques qui sont pour la plupart des douleurs neuropathiques, et c'est pourquoi il a besoin d'appartenir à une profession médicale (médecin, kinésithérapeute, etc.). De quoi s'agit-il ?

Le schéma de la douleur aiguë est simple : une excitation de récepteurs nociceptifs par une agression au-dessus d'un certain seuil, puis une transmission par des fibres nerveuses et enfin une intégration au niveau cérébral.

La douleur chronique apparaît plus mystérieuse ; car on ne sait pas très bien pourquoi, chez certaines personnes, une blessure une fois guérie en apparence donne lieu à une douleur chronique. Et le patient comme le médecin constatent que la perception douloureuse est déclenchée, alors, par un contact léger et une stimulation normalement sans conséquences.



INFOFLASH

Ce que les neurologues nous ont appris :

- D'une part que ces douleurs chroniques sont dues à des microlésions des fibres nerveuses qui transportent l'information douloureuse par la moelle épinière. Les fibres nerveuses de la douleur deviennent hyperexcitables. C'est pourquoi on dit que ces douleurs chroniques sont neuropathiques.
- D'autre part que l'intégration au niveau cérébral dans ces douleurs chroniques est particulièrement modulée par la mémoire des expériences passées (syndrome post-traumatique) et par l'état émotionnel du patient (syndrome dépressif, par exemple).

LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

La douleur neuropathique est abordée principalement avec les techniques sophrologiques suivantes :

- **Sophronisation de base** : elle permet d'éprouver la présence vivante et rassurante du corps. Elle agit et calme la dimension anxieuse de la douleur et a un effet régulateur sur les fonctions neurovégétatives (la tension artérielle, la respiration).
- **Sophro-acceptation progressive** : elle consiste à se représenter une image positive, c'est-à-dire une situation agréable où le sujet intervient personnellement dans un proche avenir. Il est bon de coupler ce vécu, en état sophronique, d'une situation agréable par l'éveil des cinq sens tel qu'il est pratiqué en RD2.

En effet dans le cas de la douleur neuropathique qui va concerner une partie du corps, il est bon que le sophronisant acquière une conscience globale et sensorielle de son schéma corporel et une conscience agréable à travers les sens qui lui permet de se substituer à sa douleur.

- **Sophro-correction sérielle** : il s'agit ici de lutter contre le caractère phobique du retour de la douleur. Une douleur neuropathique, par exemple un élancement avec paresthésies dans un membre inférieur, est toujours intermittente et le sujet craint le retour de sa douleur. Quand le sujet sent revenir sa douleur, il s'exerce à substituer des sensations positives aux sensations négatives.
- Comme nous le voyons le fondement du traitement de toutes les douleurs est la **sophro-substitution sensorielle**.

LA DOULEUR INFLAMMATOIRE

Nous allons envisager maintenant la douleur inflammatoire (c'est-à-dire par œdème) et un type particulier, la douleur dentaire.

Note : La sophrologie au départ a beaucoup été exercée par les dentistes qui l'ont utilisée pour calmer la douleur dentaire et pour l'analgésie des opérations dentaires (sans anesthésie locale). Le docteur J.-P. Hubert (1985, p. 100 et 101), par exemple, propose de présenter et d'appliquer la sophro-substitution sensorielle aux douleurs inflammatoires (par exemple l'arthrite), aux opérations en odontostomatologie.

Il faut distinguer l'analgésie qui correspond à la disparition des phénomènes douloureux avec conservation des autres sensations de l'anesthésie qui correspond à la disparition de toutes les sensations. Nous nous inspirons aussi d'un article du docteur Jacques Quélet (in Chéné, 1999, p. 107). Selon J.-P. Hubert et J. Quélet, il est classique de procéder à une analgésie indirecte et, en cas de douleur dentaire lors d'une opération, de plutôt utiliser le froid : « Nous suggérons que la main est de plus en plus froide et revêtue d'une carapace de glace. Cette évocation de la glace rend la main insensible » (1985, p. 101). Puis on demande au sophronisant de plaquer sa main sur le maxillaire et de transférer la sensation de froid donc l'anesthésie dans le maxillaire et la gencive qui va être opérée. Avant l'intervention, il faut vérifier en piquant que l'anesthésie a été obtenue. Pour les douleurs inflammatoires, c'est plutôt la sensation de chaleur qui doit être utilisée³.

.....

3. On peut trouver des exemples d'inductions dans les chapitres 3 « Sophrologie et traitement de la douleur » et 6 « Sophrologie et kinésithérapie ».

Les douleurs musculo-squelettiques

Les douleurs musculo-squelettiques sont également rencontrées par le médecin généraliste et peuvent bénéficier de l'apport de la sophrologie :

- Les douleurs d'origine inflammatoire sont prises en charge par la rhumatologie médicamenteuse. Une sophrologie de l'ordre de la sophro-substitution sensorielle peut également rendre service comme nous l'avons vu plus haut.
- Les conflits intervertébraux sont pris en charge par l'ostéopathie.
- Les tensions tendino-musculaires relèvent spécifiquement de la sophrologie.

En effet, les exercices de relaxation dynamique 1, et surtout la *tension détente musculaire sur la respiration* a pour vertu d'abaisser le tonus musculaire des muscles du mouvement, par exemple, les trapèzes souvent contractés et douloureux dans notre clientèle stressée, et les autres muscles longs des bras ainsi que les muscles des cuisses et des jambes.

Une relaxation dynamique 1 se fait debout, assis ou allongé en mouvement en état de conscience sophronique.



IMPORTANT

Il faut distinguer :

- ✓ les muscles du mouvement, muscles longs des membres qui sont en général hypertoniques et que la sophrologie permet de détendre, donc de diminuer leur douleur ;
- ✓ les muscles de la posture, petits muscles courts (250) qui soutiennent la colonne vertébrale et qui sont dans la population généralement hypotoniques. Le renforcement de leur tonicité dans la RD debout permet de tenir sur notre axe, de nous enraciner et donc de diminuer l'effort que nous demandons aux muscles du mouvement pour tenir debout.

Les douleurs spasmodiques

Les douleurs spasmodiques sont très sensibles à la sophrologie. On peut en distinguer deux types.

- Le premier concerne les **spasmes de l'intestin**, en particulier du côlon qui sont des spasmes des muscles lisses. La relaxation couchée avec la respiration permet de calmer les douleurs de la colopathie fonctionnelle. Nous pouvons la coupler à une **sensation de chaleur**, car la chaleur sur l'abdomen a un effet de détente

- (alors qu'il est facile d'expérimenter que le froid induit une constriction douloureuse sur le côlon).
- Le deuxième type provient des **modifications du tonus vasculaire** qui expliquent un type particulier de céphalées qu'il faut bien identifier : la migraine. La crise de migraine est caractérisée par :
 - son caractère souvent unilatéral et pulsatile ;
 - son aggravation par les activités physiques.Elle est accompagnée souvent de nausées et de photophobie et peut être précédée d'une « aura » qui est un trouble neurologique, d'un « scotome » (c'est-à-dire une tache dans le champ visuel) ou plus rarement de paresthésies et même d'aphasies.

La physiopathologie de la migraine explique ces phénomènes. Lors de l'aura, il existe une vasoconstriction des vaisseaux sanguins cérébraux par action de la sérotonine cérébrale (ce qui explique que les antisérotoninergiques sont d'excellents antimigraineux). Cet épisode physiologique, sans douleur mais accompagné de troubles neurologiques dans certains cas, est suivi d'une phase de vasodilatation qui se manifeste par la céphalée pulsatile.

Note : La dépression est un facteur favorisant la migraine.

C'est pourquoi sans doute pour soulager la migraine et quelques fois la faire disparaître, il faut certes pratiquer la relaxation sophrologique allongée type **training autogène avec sensation de lourdeur** globale du corps, mais il faut aussi pratiquer la méditation (RD3 en sophrologie) qui permet en position assise d'échapper à la sensation des limites de son corps et à certains moments de sortir de la sensation de son corps donc de la douleur présente.

Il est certain que la relaxation allongée et la méditation doivent être pratiquées dès le début de la crise migraineuse et encore plus en prévention par une pratique régulière.

2. La préparation à l'accouchement

Le médecin généraliste peut être amené à suivre une grossesse d'évolution normale et donc, s'il est sophrologue, à accompagner la femme dans sa préparation à l'accouchement par la sophrologie.

Il faut se référer pour apprendre la richesse des techniques sophrologiques dans la préparation à l'accouchement à l'excellent travail du docteur Patrick André Chéné, dans le tome II de son volume : *Sophrologie. Champs d'application* (1999, p. 221 à 245).

Note : Je tiens à dire que j'ai été interne en obstétrique en 1980 et que j'ai fait des préparations sophrologiques à l'accouchement.

La transformation du schéma corporel

La femme peut vivre, dès le début de sa grossesse, le futur bébé de manière harmonieuse ; d'autres femmes tout au contraire peuvent le vivre dès le début de grossesse comme un corps étranger. Au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse, le corps physique de la femme prend du volume, la statique lombaire s'adapte en se lordosant – le bassin s'élargit, les seins gonflent.

Ces transformations physiques du schéma corporel qui peuvent aller jusqu'à créer une certaine angoisse vont être assumées par la RD1. La RD1 permet une acceptation de ces transformations du corps. Elle peut être pratiquée dès les premiers mois. Les trois derniers mois, les exercices debout sont en général plus difficiles, mais à adapter. En détaillant le corps et en respirant dans les différents étages du corps, la femme investit son corps tel qu'il est devenu en le faisant sien. La sophrologie peut permettre également de mieux vivre les phénomènes neurovégétatifs (nausées, vomissements, malaises).

Pour intégrer psychiquement le bébé dans son corps, la femme va être invitée à se mettre en RD2, c'est-à-dire à vivre le bébé d'abord en sensation-présence, puis en image visuelle, kinesthésique et plus tard auditive : en état sophronique la femme met ses mains telles que deux coquilles sur les oreilles pour vivre les sensations-bruits que le bébé émet *in utero*.

Se représenter l'arrivée du bébé

La naissance du bébé et ses débuts dans la famille suscitent souvent chez la future mère et, éventuellement chez le futur père, de nombreuses interrogations quant à l'aménagement de l'espace, la coexistence de la vie de travail et de famille, la relation du couple. Et la future mère craint souvent de ne pas être une « bonne mère ».

La femme peut être invitée à travailler en sophro-acceptation progressive en se représentant l'arrivée du bébé à la maison, en vivant en imaginaire le premier bain du bébé avec papa et maman, ou en découvrant *a priori* le plaisir de nourrir son bébé par la voie qu'elle a choisi (sein ou biberon).

La préparation au travail

Lors de la préparation sophrologique à l'accouchement, il faut considérer :

- les signes que le corps émet ;
- la douleur de l'accouchement ;
- l'expulsion.

Il convient d'habituer la femme enceinte et ce, encore plus en fin de grossesse, à sentir et à identifier les différentes parties de son corps et surtout la sphère abdominale et génitale.

C'est ce que notre collègue obstétricien sophrologue P.-A. Chéné appelle la sophro-stimulation locale : « La femme enceinte devra concentrer son attention sur son utérus et ses voies génitales pour en connaître l'état de relâchement et mieux percevoir les contractions utérines isolées de fin de grossesse... » Il ajoute : « La perception du col sera utile pendant le travail pour essayer de relâcher davantage celui-ci ; agir de même sur le périnée et le vagin... » (1999, p. 223). Et c'est vraiment là un travail éminemment sophrologique, car centré sur la conscience du corps.

Les contractions utérines

Comment la femme peut-elle apprendre à surmonter les douleurs des contractions utérines qui vont s'accélérer durant le travail ? Et je dis bien surmonter et non pas supprimer.

La sophronisation de base est fondamentale, mais ne suffit pas. La femme doit apprendre ce que P.-A. Chéné appelle la sophro-respiration synchronique, c'est-à-dire en état de relaxation allongée faire une longue inspiration de 10 à 12 secondes suivie d'une expiration encore plus longue de 12 à 15 secondes en centrant cette respiration sur son utérus.



GROS PLAN

Lors de la vraie contraction utérine, lorsqu'elle sentira venir la contraction, elle commencera par une longue inspiration suivie d'une très longue expiration. Trois cycles respiratoires lui seront nécessaires pour surmonter et accompagner une contraction utérine puisqu'elle dure en moyenne 45 secondes pendant le travail.

La phase de l'expulsion est la plus active : traditionnellement, il est demandé à la femme d'inspirer, de bloquer, de pousser. En sophrologie, on va insister sur une expiration longue avec la sensation centrée sur le

périnée qui s'ouvre pour que la tête du bébé passe sans nécessiter systématiquement une épisiotomie, notamment pour les primipares.

L'épisiotomie est un acte de protection effectué par l'accoucheur (médecin obstétricien ou sage-femme). Quand la tête du bébé vient comprimer et dilater l'anneau du périnée au point qu'il devient blanc (car en anoxie), il y a risque de déchirure, il est alors préférable de faire une petite incision de l'anneau périnéal pour éviter une déchirure sauvage, et donc dangereuse. L'accoucheur peut ensuite recoudre l'incision pratiquée, qui sera plus facile à cicatriser qu'une déchirure sauvage. La relaxation sophrologique au moment de l'expulsion peut prévenir et empêcher l'épisiotomie et la déchirure sauvage.

3. — La rééducation des accidents vasculaires cérébraux

Les accidents vasculaires cérébraux sont des nécroses brutales d'une zone du cerveau (par ischémie ou hémorragie) causant en périphérie des troubles de l'équilibre, des troubles de la sensibilité (superficielle, kinesthésique et proprioceptive, c'est-à-dire sensibilité des mouvements articulaires) des troubles de la motricité, des troubles du langage (aphasie) et de la mémoire.

Ces paralysies se présentent, du fait de l'organisation neurologique, du côté droit du corps par atteinte du cerveau gauche et réciproquement. Ceci se traduit par une hémiplegie, une hémi-négligence (incapacité de percevoir l'espace situé d'un côté sans atteinte de l'œil) ou une héli-anopsie latérale homonyme (déficit du champ visuel d'un côté).

Le médecin généraliste n'est en général pas impliqué dans le temps principal de la rééducation qui se passe à l'hôpital, mais dans la réinsertion du patient dans sa famille et dans la vie sociale. Surtout s'il est sophrologue, il doit avoir conscience du deuil que le patient doit faire avec son moi d'avant, et des méthodes qu'il lui faut adopter pour contourner ses handicaps.

Nous nous inspirerons du travail de notre ami Fabrice Alberny, qui après avoir été lui-même victime d'un AVC, a fait des études de sophrologie et est devenu sophrologue dans un service de rééducation fonctionnelle à l'hôpital Rotschild, à Paris. Il a rendu compte de son expérience dans un très riche mémoire (Alberny, 2009).

La modification du schéma corporel

C'est d'abord le schéma corporel qui est modifié chez le patient victime d'un AVC :

- le schéma corporel au sens de la neurologie, car en neurologie le schéma corporel est inscrit dans le cerveau et est le même pour tous. Dans l'AVC, il est donc désorganisé ;
- le schéma corporel au sens de la sophrologie, c'est-à-dire au sens d'un vécu, d'une vivance et la sophrologie énonce et pratique « le schéma corporel comme réalité vécue » avec la sophrologie de base et la relaxation dynamique 1.

Il s'agit, comme le dit Michèle Declerck, d'« amener le schéma corporel à plus de réalité vécue ». Dans l'AVC, nous saisissons combien le schéma corporel comme réalité vécue est le support du moi et de ce qu'on peut appeler, selon la tradition freudienne, le moi idéal, constitué lors de l'étape du narcissisme infantile. L'expérience dont il faut tenir compte chez le patient atteint d'AVC est la modification du schéma corporel et l'atteinte du moi idéal. Comme le dit Fabrice Alberny, « c'est l'absence de sensations, l'absence de présence qui crée un malaise : les contours du corps ne sont plus circonscrits » (2009, p. 34).

Note : Il est difficile de proposer une RD1 qui est en mouvement, car cela risque de souligner les handicaps moteurs du patient.

Cinq étapes pour une rééducation

En pratique, Fabrice Alberny propose un travail sophrologique en plusieurs étapes qui s'adaptera bien évidemment en fonction de la demande du patient et de son handicap.

Fiche Les étapes de la rééducation

Ces étapes ne sont pas toujours dans le même ordre.

Première étape : conscience du corps

La sophronisation de base (SDB) permet de faire vivre au patient le sentiment de la présence globale du corps, en position allongée, et d'oublier les parties du corps déficitaires. Fabrice Alberny propose la circulation de l'air dans les différents étages du corps et « la visualisation en couleurs des étages corporels terminée par une couleur globale du corps ».

Deuxième étape : travail de respiration

Elle se fait en **position assise**. C'est un travail sur la respiration à l'étage du ventre et à l'étage du thorax, car il y a souvent un clivage de caractère émotionnel au niveau du diaphragme ou une paralysie neurologique d'un héli-diaphragme.

Fabrice Alberny cite le cas de M^{me} S., une femme de 58 ans, présentant une héli-négligence gauche. Au départ, clivée au niveau du diaphragme, elle finit par réinvestir son ventre et rêve qu'elle est enceinte.

Nous voyons donc que le travail sophrologique est réellement psychocorporel et qu'il s'agit ici d'une reconstruction émotionnelle et imaginaire du corps.

Troisième étape : passage de la position assise à la position debout

Fabrice Alberny (2009, p. 73) propose une étape originale lors du passage du patient du fauteuil à la position debout. C'est un moment où le patient prend conscience de son handicap pour passer à la marche, c'est-à-dire au niveau du bas du corps. Il lui semble « pertinent de commencer par poser l'assise du fauteuil comme un support accueillant contenant, dans la filiation du portage de la mère ».

La sophrologie en mouvement et en respiration peut être ici centrée sur la verticalisation de la colonne vertébrale, la verticalisation des trois étages : petit bassin, plexus solaire et thorax. Et ainsi le patient en position assise peut acquérir une **position de redressement**. Fabrice Alberny souligne combien ce travail de redressement de la posture peut favoriser la lutte contre la dépression qui guette particulièrement à cette étape de la réadaptation à la vie active.

Quatrième étape : rééducation à la marche

Selon Alberny (2009, p. 63), il faut partir de l'idée de la *Représentation programmatique* qui, à l'état normal, est l'ensemble des connaissances sur les habiletés sensorimotrices nécessaires à l'action.

Après un AVC, il y a deux possibilités :

- un accès perturbé à ses représentations programmatiques (dans la mémoire à long terme) ;
- des sensations proprioceptives et kinesthésiques incohérentes qui ne peuvent s'intégrer dans une représentation programmatique cohérente.

Il faut donc utiliser :

- la RD1 où le geste est représenté avec application, car d'abord il est décrit et après, il est intégré sur le circuit sensation/perception dans un moment de concentration ;
- la RD2 qualifiée par J.-P. Hubert de « sophro-contemplation perceptible du schéma corporel » et qui peut être utilisée d'emblée chez les patients chez qui les mouvements de RD1 sont impraticables ;
- la sophro-acceptation progressive, c'est-à-dire une marche imaginée au niveau sophroliminal ; le patient passe de la position de spectateur à la position d'acteur avec son cortège de sensations et d'émotions, toujours en restant dans l'imaginaire et non dans la motricité.

Le problème est toujours, dans les SAP comme dans les RD2, d'avoir progressivement éduqué le patient aux visualisations et à des visualisations en situation d'acteur.

Cinquième étape : réinsertion dans la vie familiale et sociale

Il s'agit ici pour le sujet de regarder l'avenir et d'envisager un projet de vie. Il est certain que la relaxation allongée, qui met la personne dans une position régressive, est plutôt ici contre-indiquée. La position assise en RD2 (le dos au fauteuil) ou en RD3 (avec la colonne vertébrale en verticalité tonique) est bien indiquée pour **regarder l'avenir** en imaginaire.

Il est possible d'utiliser :

- la sophro-mnésie d'un moment agréable d'insertion dans la vie familiale dans le passé ;
- la sophro-acceptation progressive (s'imaginer, dans le futur, réadapté à la vie sociale, avec ses quelques handicaps, et se rapprocher ensuite du moment présent de la séance) ;
- la RD2 qui doit être ici portée sur ce processus très particulier élaboré par Caycedo, de créer une conscience enveloppante autour de soi et de se regarder soi-même.

Fabrice Alberny décrit la RD2 qu'il a fait faire à M^{me} S., la dame qui avait levé son clivage en rêvant d'être enceinte. Avant de sortir de l'hôpital, elle s'écrie : « Je ne veux pas que les gens me voient ainsi ! » signifiant clairement l'atteinte de son image (2009, p. 81).

Après l'anamnèse de ce qu'elle vivait en famille, il nous dit lors de la RD2, « M^{me} S. se voit chez sa fille dans la pièce dans laquelle elle joue avec ses petits-enfants. Elle berce sa petite-fille et retrouve toutes les sensations ». Il ajoute que son retour à domicile se fera sereinement.

4. Sophrologie et démence d'Alzheimer

Le médecin généraliste a évidemment à faire aux personnes âgées, à leur fragilité et parfois à leur lente évolution vers la dépendance. La démence ou plutôt les différentes formes de démence sont d'abord prises en charge au domicile avec l'aide de la famille. Et le médecin généraliste-sophrologue doit apporter ses méthodes propres pour favoriser le maintien de l'autonomie.

Les caractéristiques de la maladie d'Alzheimer

Nous nous concentrerons sur la maladie d'Alzheimer qui, au sens neurologique du terme, est une démence corticale qui se manifeste par une dégénérescence des fonctions supérieures :

- **Altération de la mémoire** : le sujet n'arrive pas à stocker l'information. C'est la mémoire des faits récents (ce que j'ai fait ce matin, hier, la semaine dernière, l'année dernière), la mémoire épisodique : les informations sont stockées dans l'hippocampe. Dans la maladie d'Alzheimer, c'est l'hippocampe qui est le premier altéré. La personne est longtemps capable de récupérer des souvenirs anciens qui ont été gravés avant la maladie, mais elle est dans l'impossibilité de créer de nouveaux souvenirs.

- Pour faire le diagnostic de maladie d'Alzheimer, il faut un autre déficit cognitif : le **déficit du contrôle attentionnel**, c'est-à-dire la difficulté à exécuter une tâche complexe, par exemple conduire son véhicule à l'heure de pointe. Le sujet fonctionne dans la routine, mais ne peut s'adapter à des situations nouvelles.
- **Le manque de mots** : l'aphasie. Au début de la maladie, le sujet s'exprime par des périphrases. Puis tard dans la maladie, vient l'aphasie ; la communication verbale devient impossible et apparaissent les troubles de la déglutition.

La prise en charge sophrologique

Le problème pour toute prise en charge, et en particulier sophrologique, est de faire le diagnostic de maladie d'Alzheimer dès les premiers petits troubles de la mémoire et des fonctions exécutives.

Nous avons trois moyens :

- Un bilan de la mémoire comprenant une batterie de tests dont par exemple un test de rappel indicé : le Gröbber et Buschke ou une version plus légère, les cinq mots de Dubois qui montrent que, si on aide la personne en lui fournissant des indices, elle parvient à retrouver l'information. Sinon, il y a une présomption d'Alzheimer.
- Un critère structural : une zone corticale atrophiée (lobe temporal) à l'IRM.
- Un prélèvement du liquide céphalo-rachidien (LCR) avec dosage d'un biomarqueur.

La prise en charge, et surtout l'accompagnement sophrologique, supposent que le médecin ou tout autre soignant comprenne bien que la maladie d'Alzheimer transforme le rapport que le sujet a avec le monde et les autres.

Il nous faut citer l'approche remarquablement nouvelle qu'une structure comme « Parentèle », qui accueille les patients Alzheimer, développe pour les accompagnants.



GROS PLAN

Selon le docteur Georges Patat, fondateur de Parentèles et auteur du petit manuel *J'ai été, je suis*, le développement de la maladie d'Alzheimer entraîne la disparition progressive de « la mémoire qui sait », la mémoire cognitive, au profit de « la mémoire qui ressent », la mémoire émotionnelle. C'est pourquoi les personnes atteintes sont souvent plus performantes que les autres dans le domaine des sensations et des émotions. La maladie les entraîne dans un monde nouveau où les repères dans le temps et dans l'espace sont différents.

La démarche sophrologique a ici cet avantage que c'est d'abord le sophrologue qui se met en état de conscience sophronique en état de disponibilité, sans jugement !

Les accompagnants pour favoriser la communication doivent :

- capter l'attention de la personne en l'appelant par son nom et en attendant avant de commencer à parler ;
- établir un contact visuel ;
- parler lentement avec des mots simples ;
- renforcer le message par des gestes ;
- ne pas faire « à la place de ».

On comprend que dans le cas de l'Alzheimer, **c'est d'abord l'accompagnateur qui se met en état de conscience sophrologique**, car le patient Alzheimer est particulièrement sensible à l'état d'humeur de l'autre : si nous sommes en colère ou stressé, cela va l'angoisser fortement. Par contre un état harmonieux et heureux est chez lui particulièrement contagieux.



GROS PLAN

Nous devons à Agathe Delisle, sophrologue et neuropsychologue, auteur du chapitre sur le « Narcissisme de la personne âgée », dans notre livre collectif : *Sophrologie et narcissisme* (Rousseau-Barasz, 2010) quelques conseils : au début le patient Alzheimer peut faire en principe tous les exercices de sophrologie, mais il faut surtout renforcer la conscience du corps et la conscience de soi par l'image mentale d'un lieu agréable qui lui serve de référence. Le malade Alzheimer tend à verbaliser ce qu'il voit, sent et se représente. Et il est très important de l'y encourager.

Au fur et à mesure où il a des difficultés à appliquer des consignes énoncées verbalement, le patient se sophronise les yeux ouverts par imitation. Il peut ainsi pratiquer plus longtemps et avec bénéfice les exercices des techniques passives et actives. Quand la maladie lui ôte la capacité de se représenter, seules les techniques actives pourront être conservées encore un peu.

À la fin, quand la démence s'est installée, il faut être **présent**, qu'il connaisse notre voix. Notre présence va le rassurer. Il reste baigné dans une ambiance émotivo-affective à laquelle il est très sensible.

5. — Sophrologie et sommeil

Les techniques sophrologiques sont particulièrement sollicitées dans les troubles du sommeil. La demande auprès du médecin généraliste à propos des troubles du sommeil est considérable : un Français sur quatre présente une forme d'insomnie.

Le médecin généraliste est bien tenté de répondre par la prescription de somnifère en sachant et en prévenant le patient qu'il y a un risque d'habitué et de dépendance avec la tentation d'augmenter la dose. Puis, après 2 à 3 mois de traitement, le sevrage prendra 1 à 2 semaines.

La sophrologie se présente comme une des principales techniques non médicamenteuses puisqu'elle apprend au patient – devenu ici le sophronisant – à se mettre dans un état de « vide mental », « au bord du sommeil ».

Les cycles de sommeil

Pour analyser l'insomnie d'un patient, il faut comprendre qu'une nuit de sommeil est faite de plusieurs cycles de 90 minutes à 120 minutes environ chacun. Les différentes phases de chaque cycle se manifestent sous forme d'ondes visibles à l'électro-encéphalogramme (EEG).

En période d'éveil, nous sommes à un rythme bêta assez rapide, de 20 à 40 pulsations par seconde. Au moment de l'endormissement, les yeux fermés, quand on commence à s'assoupir et que les idées ou les images flottent en nous au milieu d'un état de relaxation psychique, ce sont les ondes cérébrales de 8 à 12 oscillations par seconde (rythme alpha). Cet état correspond à l'état sophronique. La pratique de la sophrologie permet de bien rentrer volontairement dans cet état d'endormissement et de savoir que nous y sommes : c'est la pratique fondamentale de notre éducation à un meilleur sommeil.

Puis il y a une période de sommeil intermédiaire. Ce sont les ondes thêta de 4 à 8 pulsations par seconde. Et nous arrivons au sommeil profond avec des ondes delta de 1 à 3 pulsations par seconde (sommeil lent). C'est une phase vraiment réparatrice, les muscles sont relâchés, la tension basse, la respiration très calme. Les personnes qui ont des phases de sommeil lent trop courtes n'ont pas le sentiment d'avoir un sommeil réparateur.

Et puis en fin de cycle, apparaît une phase de 15 minutes environ dite de sommeil paradoxal : le rythme cérébral est bêta, car il y a une forte activité mentale : c'est la période des rêves. Par contre le tonus musculaire est relâché comme dans le sommeil profond et les globes oculaires roulent dans tous les sens.

À la fin de chaque cycle de 90 à 120 minutes, il y a un microréveil qui peut rester sans souvenir. C'est quand ce microréveil donne lieu à une incapacité de replonger dans le cycle suivant que le sujet rencontre des insomnies de milieu de nuit qui durent effectivement souvent 2 heures.

Le médecin, surtout s'il est sophrologue, doit interroger son patient pour distinguer différents types d'insomnies. Ceci est important parce que selon le type d'insomnie, les techniques sophrologiques prescrites ne sont pas tout à fait les mêmes.

Note : Nous nous inspirerons de l'exposé du docteur Gilles Pentecôte dans son manuel pratique (avec 2 CD) : *Vers un meilleur sommeil* (Pentecôte, 2009). Gilles Pentecôte est médecin, psychothérapeute comportementaliste et sophrologue et nous échangeons beaucoup avec lui.

Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil peuvent être classifiés en quatre types :

- insomnie d'endormissement ;
- réveils fréquents au cours de la nuit ;
- réveil au milieu de la nuit : le patient se plaint qu'à une heure fixe (2 ou 3 heures du matin) il ne peut plus se rendormir pendant 2 heures (un cycle de sommeil est sauté) ;
- réveil matinal précoce.



IMPORTANT

Le médecin doit bien faire le diagnostic d'une cause de l'insomnie. Ce peut être :

- ✓ physique (hormonal, toxique) ;
- ✓ psychologique (excès de stress, personnalité angoissée et surtout dépression qui entraîne une insomnie de la deuxième partie de la nuit et doit être traitée pour elle-même).

L'INSOMNIE D'ENDORMISSEMENT

La technique fondamentale est ici la relaxation, c'est-à-dire la sophronisation de base qui se fait en position allongée.

Le sophronisant apprend à écouter sa respiration lente et tranquille et à la sentir. Il s'agit d'une respiration abdominale qui favorise le « vide mental » alors que la respiration thoracique favorise l'attention psychique vers le monde.

Le sophronisant apprend à sentir les différentes parties de son corps éventuellement pour une légère mobilisation suivie d'un relâchement. La sensation de lourdeur du corps peut être perçue par le sophronisant, mais ce peut être une sensation de légèreté, de douce chaleur ou d'extinction sensorielle.

Ce qui compte ici, c'est que le sophronisant se tourne vers le doux vécu d'assoupissement de son corps ce qui lui permet de se débarrasser des images et des idées qui agitent sa tête et, par conséquent, de s'endormir.

LES ÉVEILS NOCTURNES FRÉQUENTS

Les sujets qui se plaignent de fréquentes séquences d'insomnie dans la nuit surévaluent leur insomnie : c'est ce que montrent les enregistrements du sommeil que l'on peut faire en hôpital, c'est ce que le médecin constate en apprenant que leur vie diurne se passe relativement bien. Ce sont, comme le dit bien Gilles Pentecôte, des personnes qui s'inquiètent de ne pas bien dormir et plus elles s'inquiètent, moins elles dorment. Il ajoute fort justement « comme le bon sommeil est fortement aidé par une bonne dose de confiance, le fait de cultiver cette émotion sera fort utile pour construire des nuits paisibles ».

Nous proposons donc que le sophronisant apprenne à retrouver la sérénité : en état de relaxation dynamique 2, c'est-à-dire en état de visualisation, assis à retrouver un bon souvenir ou un moment de sérénité. Il faut que le sophronisant s'y exerce tous les jours pendant plusieurs mois pour créer un réflexe à l'intérieur de lui. En cas de sentiment d'insécurité et surtout de peur de ne pas retrouver le sommeil, le sophronisant fait appel à cette image de sérénité.

L'INSOMNIE DU MILIEU DE LA NUIT

C'est un microréveil normal qui n'est pas suivi d'un nouveau cycle de sommeil. Le sujet se réveille à 2 ou 3 heures du matin et reste éveillé pendant 2 heures et se rendormira au prochain cycle. Il est en général occupé par des pensées et surtout par une envie de bouger qui le fait se lever et s'activer ; il n'a vraiment pas envie de se rendormir.

Pour apaiser les pensées envahissantes, le sophronisant doit apprendre à pratiquer une courte méditation avant de s'endormir, assis, mais en dehors de sa chambre, une méditation où il se représente ses soucis mais sans s'y attacher, en les regardant de loin. Cet exercice lui permettra dans la nuit d'apprendre à tenir les pensées parasites à distance.

Pour apaiser le besoin de bouger et d'agir, nous recommandons au patient de pratiquer une relaxation dynamique 1 afin d'utiliser et d'évacuer cette énergie, suivie d'une relaxation allongée en rythme alpha au bord du sommeil qui lui permettra à un moment de rejoindre le cycle du sommeil.

L'INSOMNIE DE FIN DE NUIT

Il faut surtout, pour ce type d'insomnie, faire un diagnostic différentiel avec un symptôme rentrant dans le cadre d'une dépression. Dans cette dernière phase de sommeil, c'est le sommeil paradoxal qui est prépondérant, c'est-à-dire, le sommeil de rêve. C'est pourquoi, avec Gilles Pentecôte, nous recommandons une pratique de relaxation avec des visualisations de paysages agréables avec des odeurs et des sons si possible. C'est un état de rêve éveillé qui fait appel à tous les sens et qui permet à un moment de rejoindre l'état de sommeil avec rêve.

L'obstacle vient des personnes pour lesquelles ces pratiques de visualisation sont difficiles. Il faut les initier progressivement à partir d'une relaxation musculaire en position assise, en les faisant se concentrer avec leur respiration sur le mouvement de leur corps, puis sur le mouvement de leur corps dans un paysage.

6. Sophrologie, angoisse et dépression

Ces variations de l'humeur sont une demande quotidienne chez le médecin généraliste. Et s'il est sophrologue, il doit être formé à une écoute psychologique et, je dirais surtout, une écoute diagnostique. Car il ne s'agit pas seulement de faire raconter au patient ce qu'il considère comme les causes de son angoisse, de sa tristesse ou de sa dépression : les circonstances de la vie (les deuils, les séparations, les échecs), les retours du passé traumatisant (son enfance, son adolescence).

Il faut évaluer le retentissement que ces circonstances ont en lui, car c'est bien sur cette forme de sensibilité du patient liée à sa structure personnelle que la sophrologie prétend agir. Ce qui compte ici, ce n'est pas tellement de travailler sur la cause que d'aller à la rencontre des rigidités de la structure personnelle pour les assouplir à l'aide de notre outil sophrologique.

L'angoisse

Pour l'angoisse, il me semble très pertinent de distinguer différentes formes d'angoisse correspondant à différentes structures selon les classifications de la psychopathologie psychanalytique. Cette psychopathologie distingue :

- l'angoisse de castration ;
- l'angoisse de perte d'objet ;
- l'angoisse de morcellement.

Nous allons essayer d'utiliser un vocabulaire un peu plus proche de l'expérience humaine. Car il est sûr que les termes de « castration » et de « perte d'objet » font appel à une conception de la psyché humaine centrée sur la libido sexuelle selon la théorie freudienne, alors que nous envisagerons un vécu plus large de l'organisation de l'humain qui distingue :

- l'intellect.
- l'affectif ;
- l'instinctivo-moteur.

L'ANGOISSE DE CASTRATION

C'est l'angoisse de la structure névrotique, c'est-à-dire d'un sujet proche de la maturité adulte auquel il manquerait une instance du surmoi assez souple pour accepter la non-satisfaction de ses désirs, c'est-à-dire les petites et grandes contrariétés de la vie. Pour le sophrologue, il faut parler ici d'angoisse de frustration qui se loge au niveau de l'affectif et de l'instinctivo-moteur, c'est-à-dire dans cette sphère émotionnelle qui est fragile chez les névrosés.

Pour surmonter cette angoisse de ne pas supporter les contrariétés, nous pouvons proposer la relaxation dynamique 1 qui nous permet de vivre un épanouissement corporel en dehors de la satisfaction de nos désirs et la relaxation dynamique 2 qui nous permet de vivre une satisfaction imaginaire, comme par procuration, de nos désirs.

Exemple : cette année, je ne puis partir en vacances faute d'argent. Eh bien, je vais faire de la RD1 et de la RD2 en vivant des vacances, c'est-à-dire une disponibilité heureuse à l'intérieur de moi. Cela vaudra mieux que de me laisser gagner par l'angoisse du manque dans la colère, la tristesse ou la dépression.

L'ANGOISSE DE PERTE D'OBJET

C'est l'angoisse de la structure « états limites », cette structure qui se développe de plus en plus dans nos sociétés individualistes : le sujet n'a pas de surmoi, il est resté au niveau d'un narcissisme infantile qui a besoin d'être continuellement entouré et soutenu. Nous nous référons ici à la définition de Jean Bergeret dans son livre : *Psychologie pathologique* (2008) : les états limites sont l'ensemble de ces personnalités qui se trouvent entre les névroses et les psychoses. C'est donc une conception large de l'état limite contrairement au DSM-IV qui en a une conception plus étroite.

L'angoisse est ici une peur d'être abandonné. Ce sont effectivement des personnes qui ont du mal à rester seules et surtout à vivre seules. La sophrologie les fait travailler sur leur autonomie personnelle. Il y a effectivement chez ces personnes un sentiment de vide et un sentiment d'ennui.

Il faut donc faire de la RD1 pour enraciner le sujet, lui donner une bonne conscience de ses limites et de son épaisseur corporelle, puis faire de la RD2 en insistant sur la distinction entre l'espace intérieur et l'espace extérieur.

Il s'agit bien pour le sujet « états limites » de vivre son espace intérieur comme un lieu dense, puis comme un monde intérieur source d'images, de fantasmes, de vécus personnels structurant sa propre personne. Il quitte cette position d'être obsédé par l'image qu'il donne à voir à l'extérieur, ce narcissisme au sens courant du terme qui est sa défense habituelle contre son sentiment de vide intérieur.

L'ANGOISSE DE MORCELLEMENT

Il s'agit de l'angoisse propre aux psychotiques et en particulier aux schizophrènes. Le morcellement du moi qui est le symptôme majeur de la décompensation schizophrénique est compensé, selon la psychopathologie psychanalytique, par la constitution d'une néo-réalité, c'est-à-dire le délire. Il est fortement conseillé de ne pas pratiquer de sophrologie avec les psychotiques sous peine de décompensation.

Mais l'expérience prouve qu'un schizophrène bien équilibré sous neuroleptique peut faire de la relaxation dynamique, à condition qu'il soit guidé, c'est-à-dire l'étayage du sophrologue est ici particulièrement important. D'ailleurs, les psychotiques qui se sont mis à pratiquer seuls ont éprouvé un très grand malaise, une grande angoisse de morcellement. La présence du sophrologue structure le moi corporel du patient : c'est le dialogue énergétique entre deux présences dont nous parlions au début et que nous retrouvons ici.

Note : En sophrologie, ce fameux transfert et contre-transfert, si cher à nos amis psychanalystes freudiens, n'est pas transfert de représentation du passé, mais transfert d'énergie entre le sophrologue et le sophronisant.

La dépression

La dépression retrouve cette problématique de l'énergie qui s'échange entre les personnes. J'ai l'habitude de distinguer deux niveaux de dépression :

- **Une dépression accessible à la rencontre.** Le déprimé sait que certaines personnes par leur présence et leur échange avec lui, lui permettent de sortir de sa dépression. C'est le niveau que les psychiatres appellent la dépression légère et modérée.
- **Une dépression inaccessible à la rencontre :** le sujet est enfermé dans une bulle d'idées noires et, quelle que soit la présence d'autres personnes, peu importe leur accueil, son humeur n'en sera pas modifiée. C'est le niveau de la dépression profonde, c'est-à-dire de la mélancolie (qui signifie en grec « humeur noire »).

La distinction entre dépression exogène et dépression endogène qui est moins employée maintenant par les psychiatres a, à mon avis, encore un sens.

Pourquoi toutes ces distinctions ? Parce qu'à mon avis, la sophrologie s'applique :

- plutôt aux dépressions légères à modérées où la modification de l'humeur est encore possible ;
- plutôt aux dépressions exogènes où un événement traumatique (un deuil, un échec) pèse sur la psyché du sujet.

Le médecin a à sa disposition les antidépresseurs : toute la classe médicale s'accorde pour dire que les antidépresseurs sont nécessaires dans les dépressions endogènes et graves et surtout que, là, leur efficacité est nette, alors que dans la dépression légère ou exogène, ils ne sont pas supérieurs à un placebo.

LA DÉPRESSION LÉGÈRE

Dans la dépression légère, il ne faut surtout pas, à mon sens, travailler sur le sophro-déplacement du négatif : la pensée positive ou toute autre méthode Coué est vécue comme une agression par le déprimé, une négation de son état.

Il faut commencer par une relaxation dynamique 1 pour calmer progressivement les pensées négatives. Il faut utiliser le training autogène de Schultz (cycle inférieur). Puis, la RD2 est de rigueur pour que le sophronisant retrouve les saveurs du monde, par le travail de l'éveil des cinq sens, par exemple. Il est quelquefois possible d'aller

jusqu'à la pratique de la méditation en relaxation dynamique 3, qui est une expérience de vide mental et de plénitude sans objet et sans limites. C'est le meilleur chemin de sortie des pensées négatives.

LA DÉPRESSION EXOGÈNE

Dans la dépression exogène, après un deuil ou un traumatisme, le sophrologue doit travailler avec le sophronisant sur cette représentation (personne ou expérience) qu'il n'arrive pas à quitter pour ouvrir l'avenir.

Il s'agit en RD2 de laisser progressivement s'éloigner la personne ou l'expérience traumatique et retrouver une centration sur soi, ici et maintenant.

LA DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE

La grande dépression mélancolique est inaccessible à la sophrologie, car le sujet est noyé dans un océan d'idées noires. Ici effectivement les médicaments antidépresseurs sont sans doute nécessaires. Par contre, la sophrologie est un très bon outil pour prévenir les rechutes.

Une école a fait son apparition en psychiatrie : la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience contre la dépression. C'est le titre d'un livre écrit par trois docteurs en psychologie américains et paru aux éditions de Boeck, en 2008. Ce livre nous enseigne ce que nous a déjà appris la sophrologie, une pratique régulière de la sophrologie et de la méditation permet de ne pas se laisser s'enfoncer dans des pensées négatives et ainsi prévient les rechutes de dépression.

7. Conclusion

Le médecin généraliste est sollicité par de nombreux tableaux cliniques pour lesquels il peut utiliser la sophrologie. Le problème est évidemment pour le médecin, comme pour le patient devenu sophronisant celui de l'investissement en temps, car il faudra suivre le patient une fois par semaine pendant plusieurs mois.

La sophrologie est une pédagogie et est donc basée sur la répétition et la progression des exercices. Il est de plus souhaitable que le sophronisant s'exerce par lui-même pour créer à l'intérieur de lui des nouveaux circuits réflexes. Il n'y a pas de sophrologie rapide. C'est un long travail de changement de son mode de réactivité à son monde intérieur comme au monde extérieur.

8. Bibliographie

- ALBERNY F. (2009). *Sophrologie en rééducation des AVC*, mémoire.
- BERGERET J. (2000). *Psychologie pathologique, théorique et clinique*, Paris, Masson 8^e éd.
- CHÉNÉ P.-A. (1999). *Sophrologie. Champs d'application*, t. II, Ellébore.
- FOUCHÉ B. et coll. (DECLERCK M., DELISLE A., ROUSSEAU V.) (2004). *La Sophrologie ou le pouvoir des images en psychothérapie*, Paris, L'Harmattan.
- HUBERT J.-P. (1985). *Traité de sophrologie*, t. II, Paris, Le Courrier du Livre.
- PENTECÔTE G. (2009), *Vers un meilleur sommeil*, Ambre.
- ROUSSEAU-BARASZ V. (dir.) (2010). *Sophrologie et narcissisme*, Vernazobres-Grego.
- SEGAL et coll. (2006). *La Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, Bruxelles, Édition de Boeck.
- Revue *Cerveau et psycho*, mars-avril 2011.

Chapitre

17

Sophrologie et traitement de la douleur

CAROLE IRIS

> Pourquoi ce chapitre ?

Les réponses au phénomène de la douleur ont évolué au fil du temps, grandement conditionnées par les possibilités de l'antalgie aux diverses époques.

Je voudrais ici témoigner de mon expérience de praticien de la douleur chronique en qualité de sophrologue dans un centre hospitalier et praticien de la douleur aiguë aussi comme chirurgien-dentiste, en libéral puis en centre de santé parisien depuis une trentaine d'années.

Sommaire

1. Qu'est-ce que la douleur ?.....	352
2. Les bases neurophysiologiques.....	353
3. Douleur aiguë ou chronique.....	355
4. Approche psychologique et socioculturelle de la douleur.....	360
5. Éléments d'évaluation de la douleur.....	366
6. La relation thérapeutique en algologie.....	367
7. L'abord de la douleur chronique par la sophrologie.....	368
8. Histoires de patients : de belles rencontres.....	376
9. Bibliographie.....	382

Trop longtemps la douleur a été négligée, du moins peu considérée. Pourtant elle remonte à l'origine de l'homme et c'est une question existentielle parmi les plus importantes qui lui ait jamais été posée. En fait, faute de savoir la traiter au fil des époques et du temps, les médecins, philosophes, religions ont longtemps sublimé la douleur en lui conférant une valeur vertueuse, éthique, voire rédemptrice : « Douleur, tu n'es pas un mal ! » affirment les stoïciens et comme il est dit dans la Bible : « Tu enfanteras dans la douleur. »

Shakespeare répondait il y a quatre siècles : « Jamais ne vécut philosophe qui puisse en patience endurer le mal de dents » et Graham Green : « Les saints parlent de la beauté de la souffrance, mais vous et moi ne sommes pas des saints ! »

1. Qu'est-ce que la douleur ?



DÉFINITION

Pour l'IASP (Association internationale pour l'étude de la douleur), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion ».

Cette définition tient compte du caractère multidimensionnel de la douleur, qui comprend à la fois l'expérience d'une sensation et d'une émotion. Ces deux principales dimensions interagissent étroitement avec les processus cognitifs.

Toujours difficile à exprimer, il y aura un décryptage nécessaire de ce que dit le patient avec ses mots, son comportement, son attitude corporelle et cela encore plus chez le jeune enfant.

Heureusement depuis les états généraux de la santé en 1998 et 1999, la lutte contre la douleur est devenue une préoccupation de santé publique (information, formation du personnel médical et paramédical, utilisation d'outils d'évaluation de la douleur, création de « CLUD » comité de lutte contre la douleur), de centres hospitaliers d'étude et de traitement de la douleur.

Soulager la douleur, c'est prendre la condition de l'être humain à cœur ; c'est presque toujours possible grâce d'une part aux progrès des médicaments antalgiques, aux progrès de leur mode d'administration (patches, pompes morphiniques, blocs anesthésiques, nouvelles formes galéniques, nouvelles analgésies neurochirurgicales), d'autre part grâce à la chaleur de l'empathie du médecin, du thérapeute et de l'équipe pluridisciplinaire autour de lui.

On pourrait avancer cette formule :

Efficacité antalgique = compétence technique + compétence relationnelle

Le patient qui dit souffrir a le droit d'être cru (sa sincérité ne doit pas être mise en doute) et d'obtenir une réponse à sa plainte.

La douleur est un phénomène complexe, c'est une construction neurologique et mentale qui fait intervenir tous les aspects de l'individu, du neurologique au sociologique en passant par le psychologique et le spirituel.

Note : Le sophrologue va s'intéresser plus au malade-individu qu'à la maladie et dès le départ le climat instauré sera celui de la confiance et de la franchise.

2. Les bases neurophysiologiques

Bien que complexe, la douleur est souvent abordée de manière erronée. On confond souvent douleur et perception d'un événement agressif pour l'organisme. La douleur met en jeu des mécanismes subtils à tous les niveaux de l'individu depuis la matière, la chair jusqu'aux confins du spirituel.



IMPORTANT

Trois définitions semblent importantes à préciser :

- ✓ **La nociception** que l'on peut définir comme la composante neuro-sensorielle de l'agression tissulaire de l'organisme : coupure, choc, brûlure, piqure...
- ✓ **La douleur**, perception consciente et désagréable de l'agression physique ou psychique qu'elle soit réelle ou vécue comme telle.
- ✓ **La souffrance**, aspect passionnel de la douleur, c'est l'émotion désagréable telle qu'elle est supportée (*suffere*). C'est la réalité vécue par le patient et son entourage sur les plans physique, comportemental, psychologique, social, professionnel, spirituel.

Ainsi il est préférable de différencier la *douleur* qui est une sensation intérieure pénible et la *souffrance* qui est l'émotion désagréable engendrée par cette douleur et qui n'est pas un phénomène nociceptif isolé.

Fiche Les voies de la douleur

D'un point de vue plus physiologique, comment se transmet la douleur ?

Les explications suivantes sont une approche résumée des descriptions neurologiques fournies par les professeurs S. Marchand (université de Sherbrooke, Québec) et P. Rainville (université de Montréal, Québec).

« Afin que soit perçue l'agression tissulaire de départ comme message nociceptif, il faut qu'il y ait activation de neurones nociceptifs périphériques qui se trouvent aussi bien au niveau de la peau, des muscles, des tendons, que dans les viscères. Cette activation engendre un message qui, si la stimulation douloureuse est suffisamment importante, va être transmis à l'échelon de la moelle épinière par l'entremise de neurones primaires (des fibres afférentes). Ceux-ci sont composés de fibres nerveuses nociceptives de petits diamètres, soit les fibres A delta et C (**figure 17.1**).

Le premier contact synaptique a alors lieu au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière où se trouvent des neurones secondaires qui sont de deux natures :

- soit nociceptifs spécifiques ne répondant qu'aux stimulations provenant des fibres A delta et C ;
- soit non spécifiques répondant également à des stimulations non douloureuses mécaniques ; ce sont les fibres A bêta.

Une fois le contact établi dans la synapse, l'information nociceptive est acheminée vers les centres supérieurs *via* le faisceau latéral de la voie spino-thalamique et le faisceau médian de la voie spino-réticulo-thalamique, où un second contact est établi. Le premier faisceau est une voie rapide vers le système nerveux central qui projette alors directement l'information vers les noyaux thalamiques latéraux pour ensuite aller au cortex somato-sensoriel primaire et secondaire. Cette voie est celle qui permet la perception sensorielle de l'expérience douloureuse.

Le deuxième faisceau, spino-réticulo-thalamique, est une voie plus lente qui va véhiculer l'information jusqu'au cortex mais avec des relais dans certaines structures sous-corticales, dont la formation réticulée, cerveau de l'affectivité. Cette voie permet de ressentir le désagrément associé à l'expérience douloureuse » (Rainville, Cormier, 2009, p. 59).

Les contrôles endogènes de la douleur

« Tout au long de son trajet, le message nociceptif fait l'objet de modulations soit excitatrices soit inhibitrices, ce qui module l'expérience douloureuse. Les contrôles inhibiteurs endogènes s'effectuent à plusieurs niveaux de la transmission de l'influx douloureux dans le système nerveux. Au niveau du tronc cérébral, certaines structures projettent des efférences descendantes inhibitrices ayant donc une activité analgésique.

Les centres supérieurs du système nerveux central jouent également un rôle prépondérant dans la modulation de la douleur dont le cortex somato-sensoriel et les structures cortico-limbiques.

Toutes les méthodes analgésiques qui font appel à un exercice cognitif (comme la relaxation, la sophrologie, l'hypnose, le biofeedback) se réfèrent à ce genre de mécanismes puisque ceux-ci modifient l'activité des structures corticales responsables de la perception de la douleur » (Rainville, Cormier, 2009, p. 60).

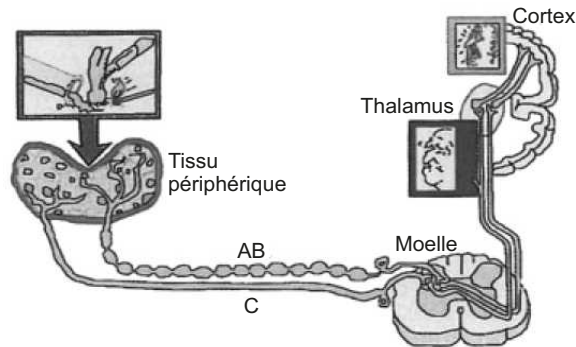


Figure 17.1. Les voies de la douleur (d'après « Neurophysiologie de la douleur », Revue Information dentaire, 33, 2000 ; avec l'aimable autorisation des Éditions Arnette, Wolters Kluwer France © 2009).

Ajoutons que par son passage dans la formation réticulée (reliquat du cerveau des vieux mammifères, cerveau de l'affectivité, mais aussi de la mémoire et de l'apprentissage), l'influx douloureux prend un caractère spécifique selon les individus et un aspect comportemental particulier. Le cerveau ne ressent pas la douleur, mais la construit à partir d'un certain nombre d'éléments informatifs dont le message nociceptif de départ n'est qu'un aspect. C'est à ce niveau que le message peut être traduit sous forme de langage de la représentation, qu'elle soit verbale ou non verbale, comportementale par exemple.

Note : On voit qu'il n'y a pas de traitement simple de l'information douloureuse, mais un traitement complexe construit et hiérarchisé avec des possibilités de modulation.

3. Douleur aiguë ou chronique

La douleur est à la fois :

- un moyen de lutte qui avertit du danger somatique comme une alarme ;
- un moyen de défense par la régression mentale, parfois psychopathologique dans laquelle le malade se réfugie parce qu'il souffre.

Elle amène à réviser toute la structure comportementale du sujet vis-à-vis du monde. Viennent s'y greffer des interférences psychologiques : dans sa vie relationnelle, l'individu est organisé selon un certain nombre de structures qui lui sont propres. La douleur bouleverse ce schéma et oblige l'individu à se réorganiser. Cette réorganisation peut être très différente d'un individu à l'autre, elle tiendra compte :

- de la connaissance qu'a la personne de la douleur en général ;

- des impératifs socioculturels qui environnent la personne ;
- du contenu de sa mémoire ;
- de sa propre imagination ;
- de ses possibilités d'appréhension.

Ainsi la douleur est un comportement mais il convient de distinguer la douleur aiguë de la douleur chronique.

Douleur aiguë

C'est la douleur « symptôme », signal d'alarme pour l'organisme, manifestation d'un désordre pathologique affectant l'être dans son intégrité physique et psychologique. En effet c'est un événement dans la vie du malade, elle attire l'attention de l'entourage et du médecin sur une partie du corps. Elle est normalement réversible et doit répondre au traitement de la cause identifiée et antalgique.

Le stress, stimulus physiologique, est important dans la douleur aiguë et est lié à la mémoire de la douleur quand il est inadapté (longue durée, intensité extrême et fréquence de répétition). Ce type aigu de douleur met la personne dans un état de déséquilibre de ses échanges qu'il a avec le monde environnant qui génère anxiété et angoisse. Il faut l'aider à retrouver un équilibre pour faire disparaître cette anxiété par une prise en charge rapide et le traitement de la douleur.

Un exemple tant redouté de tous : **la rage de dents**.



CAS PRATIQUE

Jo, 18 ans, se présente dans la salle d'attente du cabinet dentaire, très angoissé, prêt à se fracasser la tête de douleur. L'assistante m'informe qu'il est désespéré car plusieurs centres ont refusé de l'accueillir en urgence, et il supplie de peur d'être à nouveau rejeté. Bien que mon planning soit surchargé, je demande à ce qu'on lui précise qu'il sera reçu dès que possible. Lorsque vient le tour de Jo, il s'installe en hâte sur le fauteuil, terrassé par le mal mais très confiant, le niveau d'angoisse a diminué car il a eu la perspective que quelqu'un pouvait prendre en charge sa douleur. Il m'apprend que c'est sa première visite chez le dentiste et je constate un état bucco-dentaire très délabré, les causes de cette douleur sont évidentes : inflammations pulpaire multiples. Cet état, Jo est en mesure de l'expliquer par une consommation immodérée de sucreries qu'il regrette de lui-même aussitôt, vu ce qu'il endure et aussi par la transmission familiale, éducative et culturelle de la peur du dentiste : « Si tu n'es pas sage, je t'emmène chez le dentiste ! » Les soins se déroulent dans des conditions satisfaisantes car le dialogue préalable a permis de démystifier cet univers dentaire pour lui inconnu.

Ces réflexions de nos patients nous rappellent combien l'image peu reluisante du « dentiste arracheur de dents » et autre « menteur comme un arracheur de dents » est encore bien présente à l'heure actuelle dans certains esprits et dans l'imaginaire collectif.

Malgré les progrès technologiques considérables et l'usage courant de l'anesthésie locale, la dentisterie d'aujourd'hui en pâtit encore. Les évolutions des dernières décennies contribuent à améliorer encore le confort du patient, sa prise en charge de la douleur et de sa réhabilitation bucco-dentaire.



GROS PLAN

La douleur en chirurgie dentaire est le plus souvent aiguë et se manifeste de plusieurs manières :

- la douleur par excès de nociception : c'est celle de l'inflammation pulpaire (partie vasculo-nerveuse de la dent), de l'abcès dentaire ou gingival ;
- la douleur ressentie ou perçue pendant les soins (s'il y a échec de l'anesthésie ce qui est rare) ;
- la douleur post-opératoire ;
- la douleur par anticipation ou « peur de la douleur » qui est très fréquente.

Beaucoup d'adultes, et pas seulement d'enfants, sont confrontés à cette peur sans pouvoir la raisonner encore moins la contrôler. Certaines personnes se présentent terrorisées pour un examen de dépistage, alors qu'elles n'ont jamais eu de douleur dentaire ni même de lésion carieuse. Les formations de sophrologue et d'hypnose ericksonienne m'ont donné l'occasion d'établir une relation humaine permettant de mieux accueillir les patients avec leur douleur quand elle existe, leurs réticences et peurs qui peuvent être intenses même quand il n'y a pas de symptôme douloureux.

Il s'agit de mettre en place une communication qui puisse aider le patient à la fois dans sa peur de la douleur et dans sa gestion de la douleur aiguë. Ceci par des techniques informelles comme l'écoute, la discussion sur le diagnostic en montrant en bouche avec un miroir ce que l'on constate, la présentation du matériel. En effet quand un patient pénètre dans le cabinet dentaire il se sent en milieu hostile et, comme il a peur, il se sent en totale insécurité. L'objectif du processus sophronique sera de guider notre patient à travers son histoire personnelle vers un sentiment de sécurité. Ce peut être un souvenir agréable, ou une activité agréable (préférable avec les enfants) et les possibilités de créer un environnement agréable et sécurisant sont plus nombreuses qu'on ne l'imagine. Avec les enfants j'ai pour coutume de

transformer symboliquement chaque instrument que je serai amenée à utiliser en objet ludique :

- le scialytique, c'est comme le soleil ;
- l'instrument qui crache de l'air ou de l'eau comme la trompe de l'éléphant et on teste sur le dos de la main ;
- le microtour (« la roulette » des anciens), à vitesse très lente sur mon ongle avant de le poser sur le leur, deviendra ce qui délogera ces microbes qui ont provoqué la carie.

Cette démonstration est suffisamment convaincante pour que l'on puisse obtenir leur adhésion car ils se sentent rassurés.



CAS PRATIQUE

M. S. se présente pour une douleur intense au niveau d'une prémolaire supérieure. Son regard est inquiet, ses yeux exorbités, son souffle court, son front est en sueur. Il me fait part de sa grande appréhension avec un accent prononcé. Ses premiers soins dentaires ont eu lieu en Égypte dans son pays natal et souvent il s'agissait d'extraire pratiquement sans anesthésie. Après l'avoir écouté je propose de l'examiner sur le fauteuil juste pour faire le diagnostic de la dent en cause et il plisse très fort les paupières s'attendant au pire et s'agrippe au fauteuil. Je m'interromps, lui demande l'autorisation de prendre ses mains et de les lui poser sur le ventre afin qu'il écoute son mouvement respiratoire, ce qu'il accepte en rouvrant les yeux je peux ensuite le réexaminer plus facilement, puis je lui montre dans un miroir la dent en cause (on entame la participation à son traitement) et lui explique les étapes du soin du jour. Il acquiesce, sa cadence respiratoire est plus régulière.

Je lui propose de faire revenir à sa mémoire un endroit agréable où il aimerait se rendre tout de suite en pensée :

« – Le parc près de la maison de mes parents au Caire... »

– Alors allez-y prenez l'avion et revoyez ces arbres, fleurs, sentez ces parfums, écoutez les sons particuliers de cet environnement qui vous apporte bien-être, détente, confort et sécurité... »

Puis je commence l'anesthésie : « Une part de vous perçoit que je fais l'anesthésie et les soins, ici dans cette pièce et cette part de vous compétente fait ce qu'il faut pour s'adapter à mes gestes sans effort confortablement tandis qu'une autre part de vous se promène dans ce parc que vous redécouvrez. »

La difficulté pour le praticien est de parler tout en faisant les gestes opératoires qui demandent une attention soutenue ; alors il suffit de saupoudrer des suggestions comme : « Profitez... de ce que vous voyez... entendez... respirez dans ce parc tandis que les soins sur la dent se déroulent comme il le faut... Vous êtes ici et là-bas... c'est très bien... »

Le visage de M. S. paraît tranquille. À la fin du soin je lui propose de revenir ici et maintenant par le moyen qui lui convient, avion ou autre, d'augmenter sa respiration et de s'étirer.

Sans préparation particulière, ce patient, après la séance, a témoigné d'une expérience de soin confortable. La confiance instaurée lui permet d'envisager de poursuivre un plan de traitement dans le temps sans attendre l'urgence pour consulter.

Dans mon exercice dentaire j'utilise les possibilités analgésiantes de la sophrologie plus qu'anesthésiantes car je sens la limite personnelle de l'application de la méthode ; ceci permet néanmoins de diminuer de moitié, parfois des deux tiers la quantité de produit injecté.

Les techniques sophroniques présentent des avantages supplémentaires en dentisterie :

- diminution du saignement post-chirurgical ;
- meilleure cicatrisation ;
- meilleure adaptation prothétique.

Douleur chronique



GROS PLAN

C'est la « douleur maladie ». La douleur a dépassé son rôle de symptôme de la maladie pour devenir elle-même maladie. La douleur chronique est un comportement, elle envahit toute la vie du sujet qui s'installe dedans, il devient la douleur au lieu de la ressentir. Le terme « chronique » appelle d'ailleurs une certaine continuité. Les éléments d'observation que l'on va trouver sont différents de ceux rencontrés en douleur aiguë mais pas tant en termes de sensation.

Les caractéristiques sont :

- évolution à caractère permanent ou persistant ;
- avec répercussion affective, assez souvent sur le mode dépressif ;
- résistance à toute thérapeutique proposée en ville ;
- absence fréquente de cause lésionnelle clairement établie qui pousse le patient à prendre beaucoup d'avis médicaux, parfois même d'entrer en conflit avec le corps médical.

La douleur chronique peut perdurer même au-delà de la disparition de la lésion initiale. Elle doit être appréhendée impérativement dans une perspective biologique mais aussi psychologique et sociale.

Note : Les patients douloureux chroniques doivent être traités dans leur globalité et pas seulement en termes de douleur.

L'observation clinique et la pratique ont montré d'une part que si une douleur s'installe pour une période égale ou supérieure à six mois elle a de grandes chances de se chroniciser, d'autre part que certains sujets ont une personnalité prédisposée à développer une douleur chronique à partir d'une douleur aiguë. À l'heure actuelle, il n'y a pas véritablement d'étude quantitative ni qualitative pour déterminer les critères qui font que par exemple une personne opérée d'un canal carpien au poignet est susceptible de développer une algoneurodystrophie à cet endroit (sensation d'articulation chaude très algique, avec œdème. On parle aujourd'hui de syndrome douloureux régional complexe), pathologie dont elle mettra plusieurs mois ou années à guérir.

D'où l'intérêt des tests d'évaluation et des échelles d'évaluation de la douleur qui permettent d'établir un diagnostic des facteurs psychologiques et d'évaluer la part organique s'il y en a une.

D'où aussi la collaboration indispensable des acteurs cliniciens au sein des équipes pluridisciplinaires des centres antidouleur (algologues, rhumatologues, anesthésistes, psychiatres, psychologues, kinésithérapeutes) et aussi avec le médecin traitant en ville.

Si une lésion organique a été établie, il faut prendre en compte les facteurs psychologiques qui accompagnent la chronicité de la lésion chez ce patient car les douleurs prolongées persistantes sont dépressogènes même avec un diagnostic et un traitement établis. À l'inverse, on reconnaît le rôle des antidépresseurs à faible dose sur les douleurs chroniques.

CONSEIL

Le diagnostic d'élimination qui consiste à dire « c'est psychique » est à bannir.

4. — Approche psychologique et socioculturelle de la douleur

David Le Breton dans son *Anthropologie de la douleur* (1995) écrit :

« La douleur n'est pas un fait physiologique mais un fait d'existence. Ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu dans son entier. Déraciné de l'homme, le physiologique relève de la médecine vétérinaire qui passe alors à côté de la personne malade... Le corps vivant de l'homme ne se limite pas aux reliefs dessinés par son organisme, la manière dont l'homme l'investit, le perçoit, est plus décisive. Il incarne une symbolique avant de figurer une biologie... La causalité physiologique ne peut rendre compte à elle seule de la complexité du rapport de l'homme à la douleur. Cette dernière se trame dans une relation inconsciente du sujet à soi, elle bricole avec des modèles culturels et s'alimente des usages sociaux en vigueur. » (p. 45)

C'est dire qu'il est essentiel d'avoir une approche psychologique et socioculturelle de notre patient afin d'être en mesure de mettre en place :

- une relation thérapeutique de qualité ;
- une prise en charge appropriée lorsqu'il s'agit de douleur aiguë ;
- une prise en charge plurimodale lorsque la douleur est dans un processus de chronicisation.

Il s'agira de coordonner la thérapeutique médicale avec une approche psychocomportementale, psychocorporelle proposant des techniques comme celles de la sophrothérapie, et de l'hypnothérapie ericksonienne. Ces thérapeutiques complémentaires impliquent la mise en place d'une stratégie longue qui nécessite une intrusion dans la vie du patient, y compris sa vie familiale, et nécessite donc d'établir un contrat.

Nous avons vu que le traitement ultime du message nociceptif au niveau cortical est grossièrement et globalement psychologique c'est-à-dire qu'il se situe dans les couches extrêmement complexes de l'individu où contextes culturel, ethnique, d'âge, sexe, profession, spiritualité, religion vont intervenir.

Fiche Les types psychologiques

Les principales pathologies qui se révèlent à travers la douleur se rattachent plutôt aux dépressions, névrose d'angoisse, névroses hystériques, mais ces indications sont grossières car toute la pathologie physiologique et psychologique peut s'envisager à travers les phénomènes de douleur aiguë et chronique. Le phénomène douloureux peut être le vecteur d'une modification de la personnalité parfois si profonde que le sujet devient le phénomène douloureux.

À l'inverse, la personnalité du sujet influe de façon déterminante sur sa réaction face à la douleur quelle qu'en soit l'origine ou l'expression.

La personnalité hystérique

La douleur semble comme tirée de l'extérieur et évolue en fonction du « comportement-réponse » de l'entourage y compris du médecin.

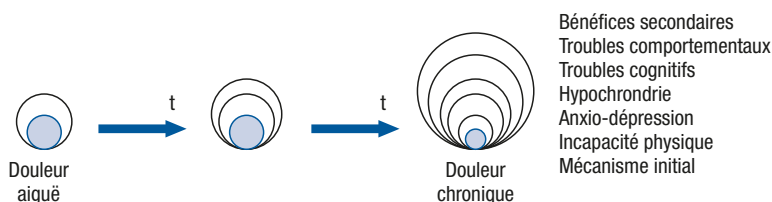


Figure 17.2. Constitution de la douleur chronique (d'après « Multiplicité des composantes de la douleur. Approche clinique du douloureux chronique », JEPU, 1998, p. 78 ; avec l'aimable autorisation des Éditions Arnette, Wolters Kluwer France © 2009).

La personnalité obsessionnelle

Ces sujets sont peu influençables dans leur douleur. Ils sont dans une quête permanente d'une cause, d'un diagnostic, d'un traitement.

Chez eux l'agressivité est intense, refoulée, manifestée par la mise en échec des médecins consultés.

La personnalité anxieuse

Leur seuil de perception est plus bas que de coutume. Ils manifestent une angoisse flottante, focalisée sur la douleur et ceci dans un contexte souvent dépressif.

La personnalité psychasthénique

La douleur survient souvent dans un contexte d'hypochondrie. C'est un comportement à mi-chemin entre la phobie et la paranoïa.

La personnalité dépressive

Se pose le problème du diagnostic entre la douleur qui révèle la dépression et la réaction dépressive à la douleur chronique (**figure 17.2**).

Les facteurs socioculturels

En dehors de ces facettes de l'individu ayant trait à la structure psychique de la personne, il s'agit de tenir compte du contexte socioculturel, ethnique, religieux ou spirituel (**figure 17.3**).

D. Le Breton mentionne qu'en 1980, « une modeste enquête a été réalisée auprès de six sherpas et une poignée d'Américains de classe moyenne en trekking au Népal. Il a été constaté que si le seuil de la sensibilité est proche pour l'ensemble des sociétés humaines, le seuil de tolérance à la stimulation douloureuse est nettement plus élevé chez les sherpas » (Clarck, 1980). Par ailleurs, les travailleurs manuels de « force »

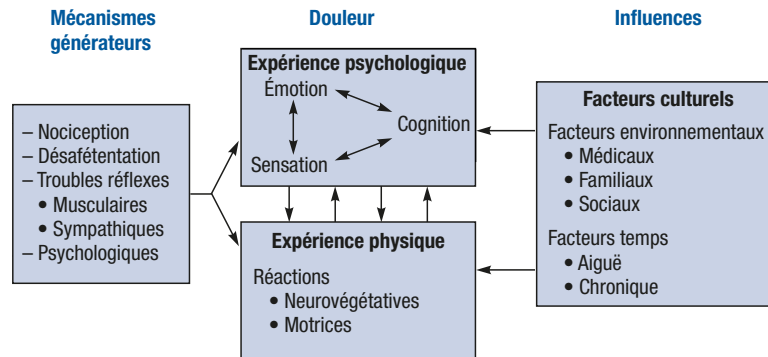


Figure 17.3. Construction de la douleur chronique (d'après « Multiplicité des composantes de la douleur. Approche clinique du douloureux chronique », JEP, 1998 p. 78, avec l'aimable autorisation des Éditions Arnette, Wolters Kluwer France © 2009).

se plaignent moins face à leur perception de la douleur que les intellectuels et les sédentaires.

Ainsi il y a une action indéniable de ces facteurs, plus dans le vécu que dans la perception. Ces facteurs contribuent à l'élaboration et au modelage constant de la douleur et par là de la souffrance de la personne. La prudence, pour autant, s'impose pour le thérapeute de ne pas laisser ses propres critères et valeurs morales envahir et fausser son jugement de la douleur d'autrui.

Le conditionnement

Il est certain que les facteurs psychologiques que nous venons d'évoquer ont tous un impact important sur le déclenchement et l'entretien d'une douleur, cependant il faut, à ce stade, évoquer aussi la notion de « bénéfice secondaire » dans la relation à la maladie.

En effet, il ne faut pas oublier qu'un patient n'est pas un individu isolé mais qu'il est placé dans un contexte familial, et social, thérapeute compris, contexte qu'il est convenu d'appeler l'entourage. Il se crée donc une dynamique de rapports, d'action et de réactions, réciproques d'ailleurs, qui complique l'approche du phénomène douleur.

La douleur est un langage corporel qui agit comme un appel à l'entourage et va se moduler en fonction de la réponse de celui-ci. Peuvent s'ajouter des notions de défaites de soi ou au contraire de jouissance de la douleur véhiculée par des notions religieuses ou spirituelles. En cas de non-réponse à la demande, la frustration

s'installe avec son cortège de fuite dans la maladie, parfois même dans la psychopathologie. Ce conditionnement se rencontre surtout en douleur chronique et l'on pourrait en proposer une sorte d'équation :

Douleur = bonnes choses (comme rester au lit, être dispensé de tâches ménagères ingrates, etc.) + *attentions et soins de ma personne* (compensation).

Or bonnes choses = plaisir. Donc à terme, la douleur peut s'accompagner de plaisir.

Les rapports entre douleur et plaisir sont extrêmement étroits, à commencer par ce rappel neurophysiologique puisque les neurotransmetteurs hormonaux intervenant dans la douleur sont aussi ceux du plaisir. Plaisir et douleur sont des émotions, donc générateurs de mouvement, moteurs de l'apprentissage (au sens étymologique de *e-motion*).

Cette prise de conscience du conditionnement est importante car on peut également assister à une situation où le malade se retrouve « guéri », avec un retour à la vie normale, sans douleur et il peut vivre ce retour à la vie normale comme une punition : il devra « faire le deuil » des bonnes choses, soins, attentions dont il était l'objet ainsi que la dispense des obligations quotidiennes (travail, charges, tâches ménagères...). Citons également le conditionnement thérapeutique et notamment le médicament à la demande.

La douleur amène le besoin du médicament, la prise du médicament amène le soulagement, le soulagement amène le plaisir. Le risque est donc la création d'un réflexe conditionné où la seule prise du médicament amènera le plaisir ou sera vécue comme telle, que la douleur existe encore ou soit vécue comme potentiellement présente, par anticipation.

Le langage de la douleur

« Le mal est à l'homme bien à son tour. Ni la douleur ne lui est toujours à fuir, ni la volupté toujours à suivre. » Montaigne dans ses *Essais* (1993, p. 229-230) nommait ainsi l'ambivalence de la relation de l'homme au monde.

À travers tout le cheminement du message de départ (agression tissulaire) transformé en message nociceptif qui lui-même va subir de multiples transformations avant d'arriver à la conscience, nous commençons à mesurer la complexité du phénomène douloureux.

Selon Melzack, toute douleur est une expérience sensorielle affective et cognitive. Ajoutons qu'elle est individuelle, subjective, intransmissible. Sa seule traduction est celle donnée par le patient. Pour David Le Breton, « la douleur est dans la vie avant

de faire corps avec l'individu. Le symptôme est un écran, le corps une voie royale pour faire entendre un manque à être qui ronge le rapport au monde » (1995, p. 46).

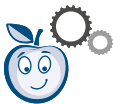
La douleur est un langage :

- verbal par la sémantique utilisée par le patient pour qualifier sa douleur ou par la façon dont il exprime sa plainte ;
- non verbal par les comportements et les attitudes.

La compréhension de ce langage est très importante dans la relation que le patient va avoir avec le thérapeute, car il s'agit d'un véritable appel à l'aide détourné et inconscient parfois qu'il va falloir entendre, savoir décrypter, afin de découvrir le mal-être véritable dont il souffre.

Dans le langage populaire, on retrouve quantité d'expressions qui illustrent le langage du corps et dans les consultations médicales, une sémantique de la douleur bien connue : « J'en ai plein le dos », « C'est trop lourd pour mes épaules », « Ça m'a noué les tripes », « Ça m'a scié les jambes », « Je ne l'ai pas digéré », « les bras m'en tombent »... Nous en connaissons tous des dizaines.

Ce langage est un révélateur sans concession de la personnalité et ne prend son sens qu'en fonction de chaque sujet, de ses antécédents personnels et socioculturels, de ses choix de vie, des bénéfices secondaires qu'il peut en tirer et surtout de sa propre structure mentale et psychologique.



CAS PRATIQUE

Monsieur B. consulte pour une douleur invalidante de l'épaule et des lombaires. Il a vu nombre de spécialistes et subi divers traitements sans amélioration notable, il se décourage. Après une anamnèse classique et quelques séances de sophronisation de base, il n'y a pas d'implication de sa part ni de résultat encourageant dans son ressenti. Nous poursuivons les entretiens et je perçois un problème latent dont il n'avait probablement pas souhaité faire état auparavant. Je décide de lui faire part de mon intuition en utilisant une phrase symbolique comme celle que nous avons citée plus haut. Il semble très ému, se rassoit et me répond : « C'est vrai, j'ai un problème trop lourd à porter. » Il fait le récit d'un conflit familial très complexe avec des deuils pathologiques. Lorsque nous nous revoyons plus tard, sa douleur a diminué de moitié sans qu'aucun traitement n'ait été modifié. Il va de soi que pour ce genre de cas une double prise en charge « sophro-psycho » au long cours est à poursuivre. Roland Barthes l'écrivait : « Nommer c'est soulager. »

Si l'on considère que la maladie est un déséquilibre de l'harmonie fondamentale de l'individu, c'est donc aussi un trouble de sa relation avec lui-même (en tant qu'être total : corps soma, émotions, affects et composantes mentales, voire spirituelles) et le monde qui l'entoure.

Par la prise de conscience « obligée » de la réalité de son propre corps à travers la douleur ou la maladie, il peut y avoir l'occasion pour l'individu de découvrir la réalité de sa condition d'être humain et de sa position par rapport au monde.

5. — Éléments d'évaluation de la douleur

Toute la difficulté de l'abord de ces personnes qui souffrent réside dans :

- l'impossibilité d'apprécier le rapport entre la douleur et la plainte douloureuse, entre l'intensité du stimulus douloureux et l'importance de la douleur ;
- l'impossibilité de comparer les caractéristiques de la douleur d'un individu à l'autre, d'un moment à l'autre chez le même individu.

Fiche La quantification de la douleur

Il est nécessaire de quantifier des éléments recueillis lors de l'anamnèse qui auront une valeur qualitative dans le même temps :

- localisation de la douleur (siège de celle-ci, mode d'irradiation, étendue) ;
- quantité et intensité (utilisation de l'échelle visuelle analogique EVA qui note de 0 à 10 l'intensité).

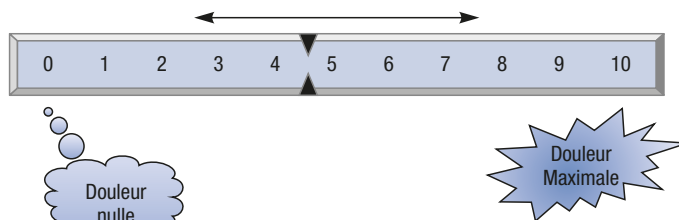


Figure 17.4. Échelle EVA : évaluation de la douleur.

Cet outil du médecin algologue, spécialiste de la douleur, permet de faciliter le dialogue entre thérapeute et patient.

On affine l'interrogatoire avec :

- la durée, fréquence, rythme : la douleur est-elle brève et intense, ou durable et modérée ?
- évolution dans le temps, cycles quotidiens, mensuels, liés aux saisons ;
- facteurs déclenchants, aggravants ;
- signes d'accompagnement ;
- retentissement psychoaffectif personnel, familial, social.

Fiche Le traitement de la douleur

Les médicaments

- Antalgiques périphériques à action en différents niveaux du trajet nociceptif depuis les récepteurs périphériques jusqu'aux régions paracentrales.
- Antalgiques centraux faibles, molécules plus éloignées des endorphines cérébrales.
- Antalgiques centraux puissants à action sur le système nerveux central.
- Les anti-inflammatoires.
- Les corticoïdes.
- Les antimigraineux.
- Les antidépresseurs à faible dose
- Les antiépileptiques.

Le traitement électrique

- Par neurostimulation chirurgicale ou non.

La physiothérapie et autres techniques

- Rééducation fonctionnelle, massages, ergothérapie.
- Posturologie, podoposturologie.
- Ostéopathie, médecine manuelle.
- Acupuncture, mésothérapie.

Les thérapeutiques à visées psychologiques et comportementales

Sachant que d'autres écoles ont pu proposer de multiples thérapies faisant appel à l'intégration du psychisme dans le corps et sa dynamique, et sans vouloir être exhaustive, je me bornerai à décrire l'aspect sophrologique de ces thérapeutiques, objet de ce chapitre.

Envisageons l'angle de la relation thérapeutique en algologie.

6. La relation thérapeutique en algologie

Comme nous l'avons vu, la douleur est un langage, au-delà du symptôme, que le malade utilise pour se parler à lui-même comme à son entourage. Il est donc évident que la relation thérapeutique classique devra être dépassée pour que le patient soit considéré dans toutes ses dimensions et l'échange entre le thérapeute et le patient sera un véritable dialogue. Le médecin sort de sa position de « grand sachant tout » et le patient n'est plus « le malade qui subit » réduit à l'état de dépendance infantile pour la simple raison « qu'il ne sait rien ».

À l'heure actuelle les patients ne veulent plus être des objets, ils se posent des questions, veulent comprendre ce qui se passe dans leur corps et participer à leur traitement. Ils souhaitent conserver leur libre arbitre quelles que soient les

complications de leur pathologie. Cela impose un certain courage, une dignité humaine et une volonté intérieure auxquels l'équipe soignante se doit d'être attentive, rester ouverte à toutes les dimensions de la personne ainsi que ses interrogations silencieuses : « Pourquoi cette maladie, cette douleur à ce moment de ma vie ? Que signifie-t-elle pour moi ? Pour ma relation avec mon entourage ? »

Le médecin orientera ses questions sur le trajet dans l'espace de la douleur, sa projection, son intensité mais il faudra centrer la relation et les questions sur le temps avec le récit de la construction de l'expression douloureuse : « Depuis combien de temps ? À quel événement de votre vie se rattache le début de cette expression douloureuse ? »

Quelle est la demande du patient en vérité ? Certes, et ne l'oublions pas : le soulagement du symptôme. Mais la finalité de la relation entre le patient et le médecin, l'homme ou la femme en face de lui, se situe par-delà le soulagement. Le patient vient-il voir le médecin pour réellement se soigner ou entendre un discours rassurant ? Souhaite-t-il de façon inconsciente être totalement pris en charge ? Accepte-t-il sa maladie, acceptera-t-il une guérison éventuelle ? La demande sous-entend également une non-demande avec une difficulté de cibler la relation entre la cause et la réponse-symptôme. On en vient au problème délicat du décryptage entre ce qui est :

- la réalité de la demande ou ce que nous croyons être la réalité de cette demande sachant que comme les poupées russes une manifestation peut en cacher une autre plus profonde ;
- l'illusion du pouvoir du thérapeute.

D'où l'intérêt de laisser s'établir une communication à tous les niveaux, à partir de ce point d'appel qu'est le symptôme, grâce au langage utilisé par le patient et au premier chef le langage de la douleur.

7. — L'abord de la douleur chronique par la sophrologie

Comme nous l'avons vu dans l'approche psychologique et comportementale, il semble qu'une proportion significative des troubles émotionnels associés à la douleur chronique soit une conséquence du trouble initial et causal sur une structure psychologique préexistante donnée. Cela souligne l'intérêt de la démarche sophrologique à même d'aborder le sujet dans sa dimension de corpus, *animus* et *spiritus*.

Par ailleurs, il n'existe pas véritablement de technique sophrologique spécifique et idéale pour aborder une personne confrontée depuis longtemps à la douleur, ni de schéma thérapeutique type et reproductible sur la même personne d'une séance à l'autre et d'un patient à l'autre. Le sophrologue doit faire preuve d'une grande adaptabilité par rapport aux méthodes et en ce qui concerne sa propre personne.

Le contrat thérapeutique

La première relation à établir entre le soignant et le soigné est une relation de confiance tant dans les hommes que dans leurs qualités professionnelles. Cela suppose que même si l'outil sophrologique se prête bien au traitement algologique, il faut que le sophrologue soit rompu aux techniques de prise en charge psychologique, comportementale afin d'être en mesure de pouvoir aborder et « absorber » tous types de problème.



GROS PLAN

Il est nécessaire d'établir un contrat de traitement entre le patient, son entourage et le thérapeute reposant sur :

- l'importance pour le sujet d'avoir une pratique régulière et soutenue des exercices qui lui seront proposés en séance ;
- la nécessité pour le sujet d'avoir une activité au maximum compatible avec son état, le mettant en relation avec la réalité du monde ;
- la nécessité pour le sujet d'apprendre à modifier son discours relatif à son vécu douloureux : employer progressivement des qualificatifs plus positifs, savoir relativiser sa plainte, reconnaître quand une amélioration se manifeste ;
- le retour aussi précoce que possible à une vie active sociale, professionnelle ou non, plus ou moins adaptée.

La notion d'implication de l'entourage est importante car plus le patient est immergé dans le processus douloureux et plus le temps passe, plus il conditionne également son entourage, dans un sens qui parfois peut surprendre. En effet la douleur peut jouer un rôle dans l'équilibre familial, surtout conjugal. Il serait imprudent de supprimer la douleur sans préparation préalable.

Dans la plupart des cas la chose essentielle que les malades attendent de leurs proches c'est qu'ils les aident à affronter et à vaincre tout ce qu'il y a en eux de peurs, de conflits non résolus, de rancunes souvent anciennes. L'attitude thérapeutique réelle pour le patient est à rechercher autour d'une restauration de l'amour de soi

et l'amour des autres, entre l'affirmation de soi et le pardon. On mesure alors tout ce qui se joue dans « l'alliance sophronique ».

L'abord du patient

La position du thérapeute sophrologue est plus celle d'un accompagnant s'interdisant toute analyse sauvage et toute intrusion dans l'équilibre interne du patient. Pour cela le sophrologue doit être clair avec sa relation de pouvoir aussi bien vis-à-vis de son patient qu'à l'égard des autres praticiens de l'équipe hospitalière et externe. Par exemple, s'abstenir de porter un jugement sur les prescriptions médicamenteuses parfois impressionnantes, même si le patient s'en étonne. Lui suggérer qu'un sevrage médicamenteux sera envisagé avec l'équipe médicale quand une amélioration sensible et durable de sa situation sera en place.

Ainsi le climat de départ dans cette alliance est celui de la confiance dans le guide qu'est le thérapeute. Climat de franchise aussi pour authentifier la relation, respect mutuel entre deux personnes, c'est le patient qui fait avant tout le travail. Il est important de se rappeler ces points clairement et souvent.

L'objectif est de rééquilibrer le patient tel qu'il le ressent pour lui-même en évitant la suppression du symptôme pour lui-même. Car, comme nous l'avons évoqué plus haut, le symptôme a valeur de symbole et d'appel au secours mais également a valeur de soupape : il permet de drainer l'anxiété, les tensions intérieures en général. La disparition soudaine de cette soupape risquerait d'avoir des conséquences catastrophiques en provoquant des décharges d'anxiété, voire une aggravation de la pathologie par déséquilibre de la personnalité. L'expérience montre cependant que lorsqu'un symptôme est indispensable au maintien de l'équilibre d'une personne, il est pour ainsi dire rebelle à toute technique sophronique ou autre.

La conduite de la sophrothérapie chez le douloureux chronique

Pour plus de clarté, nous évoquerons les différentes phases communes à tous patients de la prise en charge par le sophrologue. Étant entendu que le patient aura été adressé au sophrologue après avoir été examiné longuement par un ou plusieurs médecins.

L'ANAMNÈSE

Lors de la première consultation, l'interrogatoire doit être approfondi afin de recueillir des informations sur :

- la situation personnelle, familiale et professionnelle même si la personne est en arrêt du fait de sa pathologie ;
- l'histoire de la douleur et les circonstances de vie dans lesquelles elle est apparue ;
- les manifestations de la douleur en termes de localisation, durée, intensité (intérêt des questionnaires et échelles EVA, renseignements fournis par les collègues). À ce stade, il est utile de noter le vocabulaire employé par notre patient pour caractériser « sa » douleur, car ce que l'on pourra faire pour l'autre dans notre posture de sophrologue dépend de ce que cet autre nous donne dans l'échange. Par exemple, Madame X parlera d'une douleur en « coup de poignard », et Monsieur Y d'une douleur qui « brûle et arrache en même temps ».

On prend en compte les composantes somatiques de l'expression de sa maladie et les troubles fonctionnels tout en orientant notre recherche sur les fondements conscients et inconscients qui peuvent sous-tendre la maladie. La collaboration avec les psychologues et psychiatres de l'équipe est précieuse pour confirmer ou infirmer ce que l'on perçoit, car nous adapterons notre approche globale et technique en fonction de la personnalité du patient.

Cette anamnèse est suivie le jour même :

- d'une explication de la méthode sophronique que la plupart du temps les patients ne connaissent pas ;
- d'une proposition de découvrir en pratique les bases de la respiration et une petite sophronisation de base afin que le patient ait déjà les outils nécessaires pour fonctionner entre deux séances.

Déterminer ensemble un contrat et un objectif

« Souvent appel, demande de reconnaissance, d'attention venant rompre un sentiment d'insignifiance, de solitude, la douleur est l'indice d'une souffrance existentielle qui résonne dans la chair et autorise socialement un contact, un réconfort. » (Le Breton, 1995, p. 107)

Lorsque le patient se sent accueilli et que sa douleur est prise en compte, on peut aborder avec lui l'idée d'une collaboration de sa part pour faire évoluer sa situation : « Qu'avez-vous déjà tenté de mettre en place pour lutter, vous adapter, et même faire diminuer votre douleur ? Qu'est-ce qui a marché ? » S'il livre des réponses

positives, les valoriser en précisant qu'on pourra les réutiliser, les rendre plus performantes à travers la sophrologie.

Lorsque les patients sont anéantis et sans réponse ni ressource, il ne faut pas insister mais les questionner sur leurs loisirs, leurs paysages préférés, leurs goûts et leurs centres d'intérêt afin de pouvoir réutiliser ces éléments comme des ressources internes lors des pratiques ultérieures de type sophro-acceptation progressive (SAP), sophro-programmation du futur (SPF)...

On peut, assez rapidement avec notre patient, déterminer un objectif modeste réaliste :

- « Quelle note mettriez-vous à votre douleur (10 étant le pire) actuellement ? »
- « Quelle note visez-vous après la pratique qui signera pour vous un niveau supportable ? voire confortable ? »
- Ou : « Que souhaiteriez-vous refaire lorsque votre douleur aura un peu diminué ? Ou quand vous serez soulagé ? »

CONSEIL

Obtenir *l'adhésion* du patient avant de commencer toute démarche car souvent la longue expérience de la douleur a altéré son jugement.

Note : À ce stade, lorsque le patient en 3 à 4 séances maîtrise la respiration et les rudiments de la sophronisation de base, on constate déjà une amélioration de la symptomatologie.

Pendant à nous sophrologues ensuite de rester vigilants, humbles, flexibles, de suivre le rythme d'évolution de notre patient plutôt que de vouloir accélérer le programme des techniques possibles à expérimenter sur la douleur.

En effet dans un centre antidouleur les symptômes rencontrés au cours des maladies inflammatoires chroniques et/ou auto-immunes sont : les céphalées de tension migraineuses ou non, les douleurs articulaires, musculaires, osseuses, les algoneurodystrophies, les séquelles post-opératoires diverses, les douleurs de la sphère orofaciale et la liste ne sont pas exhaustives.

Lorsque les médecins posent l'indication de la prise en charge sophrologique, cela concerne les patients pour qui le facteur anxio-dépressif, le stress sont tels que leurs répercussions compromettent l'évolution favorable du traitement médical. Une prise de conscience du corps s'impose.

Le patient douloureux est inconfortable dans son corps et dans sa tête. Il ne se reconnaît pas dans son corps, en est souvent dissocié ; il n'est plus incarné. Cela produit du non-sens. Parfois il est pris dans le piège du « cercle vicieux de la douleur » (**figure 17.5**).

Il s'agit de l'aider à sortir de ce cercle.

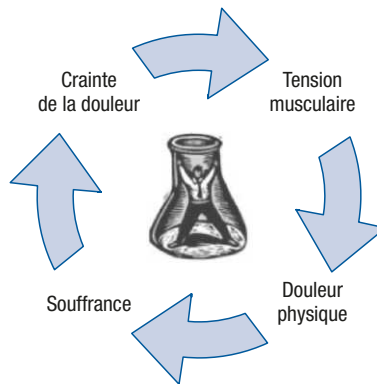


Figure 17.5. Le cercle vicieux de la douleur.

De plus, un patient peut se retrouver dans une attitude de refus, de non-acceptation face à la difficulté. L'entraînement sophrologique va l'aider à apprendre à accueillir ce qui est, à accepter la réalité. Ce qui ne signifie pas se résigner mais adopter une attitude positive d'affirmation de soi afin d'élaborer sa propre réponse dans un délai qui sera le sien. Il mobilisera alors ses ressources pour une réponse efficace et choisie.

L'idée de changement

Cette évocation de changement s'aborde lorsque le patient commence à percevoir un ressenti psycho-physique des premières pratiques. Ce temps consacré à accueillir de nouvelles sensations autres que douloureuses est aussi un temps d'élaboration psychique consciente et inconsciente. Le patient prend le temps de s'adapter à une modification de son expérience douloureuse, celle qui altère son quotidien.

Ce temps d'adaptation est particulier à chaque individu. Évoquer le changement permet d'initier le temps d'élaboration psychique. Une simple allusion au changement peut l'engager, comme on peut observer une résistance normale au départ, à l'idée de changement comme si le moment n'était pas encore venu.

Les questions suivantes orientent le patient vers un objectif et une implication personnelle :

- « Pouvez-vous changer ? »
- « Quand pouvez-vous changer ? »
- « Comment pouvez-vous changer ? »

Ces questions surprennent les patients tout en les mobilisant. Mais créer la surprise parfois permet de dynamiser la thérapie.

Fiche Technique d'activation

Lorsque le patient est réceptif à la sophronisation de base, à l'image agréable et prêt à l'autonomie par rapport aux premiers acquis, on aborde les techniques d'activation intrasophronique, la sophro-substitution sensorielle (SSS), la relaxation dynamique en l'adaptant à l'état physique du patient (certains patients ne peuvent maintenir la position debout en RD1, ils peuvent néanmoins vivre une séance de RD1 de qualité), la SAP, etc., dont l'effet sera de mettre le patient plus « au clair » avec sa maladie, de faire émerger sa position par rapport à ses troubles, sa motivation profonde par rapport à la guérison.

Certains cependant apprécient la sophronisation pure pour le confort physique apporté, la diminution de la douleur pendant la pratique et les heures qui suivent, mais restent avec un « voile noir » au moment de l'image agréable, ou devant toute visualisation de situation agréable. Il est important de respecter cette étape qui est la leur, leur laisser vivre par le corps, avec le corps ce moment hors du temps qui n'est pas une « résistance » bien au contraire mais un dialogue profond avec le corps autre que par le vécu douloureux et dont ils se sont privés parfois depuis l'enfance. Ce type de vécu sophronique peut s'étaler sur plusieurs séances et l'on pourra aborder autrement la visualisation positive, par exemple faire revenir un souvenir d'apprentissage heureux en exploitant les cinq sens.

L'utilisation de l'imaginaire du patient (surtout lorsqu'il s'agit d'enfants) lui apporte des résultats favorables.

On propose à notre patient, en état sophronique, d'effectuer en imagination ou sur une feuille de papier un dessin le représentant. Il visualise ensuite la zone douloureuse sur le dessin qu'il colorie. Le thérapeute demande ensuite au patient de faire varier l'intensité des couleurs qu'il est en train d'appliquer sur le dessin :

- « Quelle couleur donnez-vous à votre douleur actuellement ? » (notez le voisinage linguistique de ces deux mots couleur/douleur).
- « Rouge », répond par exemple notre patient.
- « Pensez-vous pouvoir faire changer cette couleur (douleur ?) en diminuant l'intensité de ce rouge par exemple, en même temps que vous vous concentrez sur votre expiration ? »

S'il répond « oui », l'accompagner dans cet exercice, lui demander quelle est la couleur de substitution. Souvent le patient apprécie ce type de pratique qui le rend acteur sur la gestion de l'intensité douloureuse. Mais au-delà de cette action c'est une métaphore du changement qui se construit avec le sens que le patient lui donne. En effet, la couleur-douleur peut se transformer en quelque chose de nouveau pour le patient.

L'idée de lâcher-prise

Questionner les patients à ce sujet est intéressant car la plupart avouent ne l'avoir jamais éprouvé au sens propre comme au figuré. C'est un enjeu très important. On leur demande de lâcher prise, mais lâcher quoi au juste, quand, comment ?

Un test simple est de leur demander de me laisser saisir leur poignet : tous pratiquement me donnent leur bras ! Je dois souvent m'y prendre à plusieurs reprises pour qu'ils consentent à ce que ce soit moi qui saisisse et soulève leur poignet.

Lorsque je leur suggère une fois élevé de le laisser retomber lourdement là aussi ils contrôlent la descente en la freinant. Ainsi arrêter de vouloir tout contrôler est le premier pas et être prêt à lâcher prise est un apprentissage (ce genre de test s'observe d'ailleurs avec des personnes non douloureuses).

Si le patient désire que sa douleur diminue, il n'est peut-être pas prêt à lâcher sa douleur ; une part inconsciente de la pensée s'insurge et désire protéger le patient lui-même en édifiant des mécanismes de défense. C'est au thérapeute de s'interroger, de respecter ces résistances et leurs implications en trouvant la bonne voie d'entrée avec le patient et pour son avantage.

On en vient à l'aspect comportemental de la prise en charge sophrologique, qui est déjà plus « découvrant » dès lors que l'on aborde le vécu des troubles, le monde des émotions et des sensations, les relations avec le corps, le mental, entre le corps et le mental. La résolution des conflits intérieurs doit être le premier travail du patient car une fois que s'équilibrent mieux les choix conscients et les désirs profonds, l'énergie libérée par la contradiction est mise au profit du processus de guérison. Sans entrer dans un processus analytique de longue haleine, partager ses angoisses et problèmes pour le patient engage sur le chemin de l'apaisement et de la guérison. C'est la finalité de tout ce travail en sophrothérapie.

La prescription de « tâches »

Cette appellation peut surprendre par son caractère directif et paradoxal avec l'esprit de la sophrologie qui laisse une forme de liberté au sujet, mais l'expérience m'a conduite à instituer cette étape par souci d'efficacité dans l'accompagnement.

Nous avons évoqué le fait que le patient douloureux pouvait avoir mis en place un fonctionnement où tout gravite autour de la douleur, que ce soient ses activités physiques et professionnelles, son entourage. Ceci par nécessité d'adaptation mais aussi par repli. Certains se retrouvent dans une grande solitude qui les maintient dans le fameux cercle vicieux. Les amener en douceur à l'idée de :

- recréer un lien social à travers une activité de loisir ou artistique ;
- bouger le corps à travers une activité physique ludique adaptée (autre que la kinésithérapie maintenue dans le cadre des soins) pour une conscience autre du mouvement.

Cette prescription les décentre d'eux-mêmes et les prépare à renouer avec le monde extérieur.

Ma pratique auprès des patients souffrant de migraines et céphalées m'a amené à observer que souvent ces personnes sont dans une hyperactivité, comme en

recherche permanente de perfection. Les crises douloureuses par exemple qui peuvent être invalidantes se déclenchent lorsqu'elles sont en week-end. La consigne suggérée sera de les amener à se poser au moins deux fois par jour pour pratiquer, en silence, leurs exercices.

8. Histoires de patients : de belles rencontres

En préambule, je tiens à préciser que le suivi en sophrologie offert à nos patients de l'hôpital de Nemours s'étale sur une durée allant de 4 mois selon les cas à une année à raison d'une séance toutes les deux semaines. Ceci est dû au fait que les demandes de prise en charge sont nombreuses. Lors de l'entretien de départ, les patients sont informés de ces conditions limitées dans le temps de la prise en charge. Ils ont la possibilité de l'expression verbale, d'acquisition des outils nécessaires à une meilleure gestion de leur vécu douloureux. Ils bénéficient pour la plupart d'entre eux d'un soutien en psychothérapie à l'hôpital ou en ville avec un psychiatre ou un psychologue.

À présent je vais tenter, à travers les entretiens qui vont suivre, de retracer l'évolution des personnes ainsi qu'identifier l'usage de telle ou telle technique une fois mis en place l'apprentissage de base. Nous verrons que ces témoignages de patients se passent presque de commentaires car tout est dit parfois et si bien !



CAS PRATIQUE

Douleurs d'algoneurodystrophie

M^{me} C., 45 ans, m'est adressée pour des douleurs d'algoneurodystrophie au bras droit et à la jambe gauche, séquelles post-opératoires d'un accident de la voie publique. Elle se présente en fauteuil roulant. Elle n'accepte toujours pas son accident et ne supporte pas l'arrêt depuis deux ans de son activité professionnelle (monteuse en imprimerie).

« J'ai été déclarée inapte et je sais que je suis diminuée. Les chirurgiens qui m'ont posé ma prothèse ligamentaire au genou qui devait durer 15 ans, m'ont dit que j'avais trop forcé, elle n'a pas tenu. »

« Je veux toujours finir ce que j'entreprends, on m'empêche de faire, je n'aime pas demander. »

Je lui propose de modifier sa démarche habituelle :

- oser demander à ses proches qui par ailleurs souffrent de la voir forcer,
- étaler sur plusieurs jours ce qu'elle avait l'habitude de s'imposer de faire en un jour,

– conserver ses activités de jardinage, de peinture qu'elle aime, mais en sachant entendre sa limite physique, ses signaux corporels.

Dès les premiers exercices de respiration les larmes surgissent : « J'ai besoin de ma douleur, mais ma douleur ce n'est pas moi. L'avenir me fait peur. »

En fin de sophronisation de base j'enchaîne avec une situation qu'elle apprécie autour de la peinture en restant très floue.

« C'était difficile de laisser partir la jambe (elle l'a entendu comme cela alors que la suggestion était le relâchement musculaire) car j'ai peur que la prothèse se déboîte, donc je suis toujours en tension. Ma main aussi me fait mal, mais la vision de ma toile m'a permis de négocier avec ces tensions. »

Lorsque je la revois, elle est étonnée de dormir autant et pratique assidûment les respirations. Nous convenons de la mise en place d'un geste signal pour ancrer l'image positive et elle choisit de « voir ses oies dans son jardin ».

Un long moment – 6 mois – nous sépare en raison de nouvelles interventions chirurgicales (orthopédie et greffes). Elle en aura subi dix-huit en quatre ans. Lorsqu'elle réapparaît dans notre service, elle est très éprouvée et décrit des douleurs cervicales, de la mâchoire, en plus de celles du bras et de la jambe opérés. Elle présente de surcroît des difficultés respiratoires. Notre chef de service lui propose une hospitalisation dans notre service pour ajuster la prise en charge médicamenteuse et psycho-comportementale. Nous découvrons alors un contexte familial anxiogène qui vient comme facteur aggravant de son vécu douloureux. Nous nous reverrons quatre fois pendant lesquelles l'essentiel de la pratique sera basé sur la combinaison de respiration et techniques antidouleur type sophro-substitution sensorielle, de visualisation de ses oies dans le jardin, de ses tableaux. Également comme elle a souhaité « se dépasser » en organisant une expo de peinture nous avons fait une sophro-acceptation progressive où elle se voyait se mobiliser, mobiliser son bras, sa jambe, tout en prenant soin d'elle. Il y a eu amélioration de son état douloureux, de son angoisse, de ses peurs face au contexte familial. Même si son état nécessite d'être suivie sur du long terme en psychothérapie, elle a pu affronter la suite de son encore long parcours de soin, munie de certains acquis par rapport à la méthode sophronique. Reprenant confiance dans une guérison progressive elle faisait preuve, dans son discours, de pensée positive. Le service rendu lui permettra d'envisager avec l'équipe soignante un allègement de la prescription antalgique et de rester sur la voie sophronique.

Douleurs recto-anales et vessie accompagnées de hernies cervicales

M^{me} F., 60 ans, retraitée, vient « à reculons », sur les conseils du médecin chef de service, pour des douleurs recto-anales et de la vessie, ainsi que des hernies cervicales pour lesquelles aucun traitement ne la soulage efficacement. Elle a rencontré la psychologue et le psychiatre. Elle paraît peu convaincue de l'utilité de la démarche sophrologique. Elle se sent presque contrainte de devoir « obéir au corps médical qui n'a pas fait preuve de son efficacité ». De plus elle vient de loin et ne veut pas perdre son temps. L'expression de son visage est fermée

comme rétrécie. Avec les secrétaires et l'infirmière son ton est agressif. Nous tentons d'instaurer une relation de confiance à partir de quelques « séances d'essai ». Nous entamons l'apprentissage de la respiration qu'elle s'efforce de refaire méticuleusement entre les séances. À la deuxième séance, elle insiste sur les douleurs du cou et de l'épaule qu'elle présentait déjà auparavant et qui, dit-elle, « m'usent en plus du reste. Je passe mon temps avec la bouillotte sur les épaules... J'ai l'impression de m'enfoncer bien que je fasse tout ce qu'on me dit de faire. Je suis usée par la kiné... Je voudrais en finir... avec la vie... si pas de changement..., ne plus être un poids pour moi et pour les autres ».

Je l'écoute et nous laissons résonner et raisonner sa dernière phrase. Je lui propose ensuite de ne plus faire d'effort le temps de notre rencontre et même de ne rien faire à part être attentive à sa présence dans l'instant et en ce lieu. Et nous poursuivons nos entretiens sur ce mode de lâcher-prise, ne rien faire, être réceptive, cesser de lutter. Cela lui réussit puisque dès la troisième séance son moral remonte, elle s'investit. Elle évoque également son éducation assez stricte surtout autour de la notion de travail, ses peurs, celle du vide. On aborde la sophronisation de base, l'image agréable.

Elle revient un jour très énervée à nouveau avec une mycose de la muqueuse buccale, comme si l'inflammation s'était déplacée d'un lieu du corps à l'autre, d'un pôle énergétique à l'autre.

« Je voudrais me débarrasser de ce venin dans ma bouche. »

Je lui propose, lorsqu'elle est en état sophronique, de visualiser sa muqueuse buccale de plus en plus lisse, d'unifier son corps grâce à sa respiration, et nous terminons sur le souvenir d'un moment agréable. Dans le dialogue post-sophronique, il ressort un vécu de bien-être dans la zone supérieure surtout :

« Quelque chose se détache, mais les jambes, je ne sens rien... (*Silence*). J'ai passé une très belle journée avec mon mari, chez nous à jardiner, bricoler... »

C'est la première fois qu'elle me raconte un fait positif de sa semaine. Seules, nous convenons qu'elle n'a pas à se contraindre de pratiquer. Nous nous rencontrons chaque semaine.

Une autre fois, elle reconnaît : « Je me prends moins la tête qu'avant, notamment avec les tâches ménagères, et je me repose davantage. »

Je me rends compte que les pratiques classiques de sophronisation de base ne sont pas les plus indiquées pour cette femme. Voyager dans le passé, revenir au présent, aller dans le futur sans nommer les lieux du corps lui procurent réparation corporelle (schéma et image) encore plus efficacement : « J'étais très détendue, les bras se détachaient de mon cou, les bras m'en tombent ! Je me suis retrouvée avec ma grand-mère. C'était le bon temps, on ne se prenait pas la tête. Dans le futur, je me vois lisant des livres d'histoire. » Sans que je le suggère, la patiente est dans une expression symbolique de son symptôme et dans un processus découvrant spontané sophromnésique.

Après une période d'absence estivale, elle rentre dépitée, en colère contre elle-même. Pourtant les douleurs se sont quasiment éteintes. Une discussion permet un recadrage par rapport à des peurs et de recontacter la confiance en elle et

ses ressources pour continuer son chemin. « Maintenant, je vais bien, je suis partie faire les vendanges, c'est sûr je n'ai plus le corps de mes quinze ans, mais j'ai pris du recul et... après moi le déluge ! »

Les réunions avec l'équipe ont permis de cerner la structure névrotique de cette dame, mais le parcours sophronique durant ces quelques mois, même si elle y était rétive au départ, lui a donné la distance nécessaire pour s'autogérer. Ce qui lui permet d'envisager une suite de soin satisfaisante.

Douleurs chroniques : cystite interstitielle

M^{me} B., institutrice de 46 ans, est en congé longue maladie depuis deux ans pour une pathologie chronique, très douloureuse et invalidante de la vessie : la cystite interstitielle. Bien que suivie très régulièrement dans un des meilleurs services d'urologie, elle se tourne vers notre structure pour trouver des aménagements quant à la douleur très intense dans la région pelvienne lorsqu'elle urine (« coups de poignard, brûlure et poids qui roulent ») et quant au nombre de mictions (70 par 24 heures) qui par ailleurs se déclenchent avec difficulté. Sa qualité de vie, déjà fortement diminuée, est encore altérée par un pronostic médical sombre face à cette pathologie : une évolution du tissu de sa vessie allant vers une perte d'élasticité quasi-totale. Le but des différentes prises en charge est de retarder ce stade de fibrose au maximum. Au niveau pharmacologique elle prend, entre autres, des morphiniques qui l'aident mais dont elle souhaite ne pas abuser.

Les premières séances et pratiques de base lui apportent quelques outils qu'elle n'hésite pas à mettre en place pour, comme elle le mentionne, diminuer la douleur avec le massage respiratoire lors des mictions et pour en retarder un peu le moment.

Ainsi se dégagent nos objectifs de travail pour un peu plus de confort, bien que toutes ses journées et nuits soient occupées à « régler » ses sphincters. Elle ne peut sortir faire une course de crainte d'être obligée de devoir uriner dans la rue, entre deux voitures !

Tout en progressant sur son rapport au corps, elle s'autorise à parler de la souffrance et elle puise réconfort dans les paysages de son enfance : les plages de galets de sa Manche natale. D'emblée et spontanément la patiente part dans un processus découvrant sans que je ne l'y amène par la technique.

Nous mettons en place la sophro-substitution sensorielle dont je lui décris le principe pour s'auto-analgésier.

« Imaginez-vous sur le bord de mer de votre enfance et signalez-moi par un mouvement d'un de vos doigts lorsque vous y serez... (elle lève son index gauche) bien à présent vous allez aller tester la température de l'eau en trempant l'une de vos mains... Laquelle choisirez-vous ?... (elle désigne la droite) vous ressentez que l'eau est froide, très froide même... et que plus vous laissez votre main en contact avec cette eau plus elle s'engourdit... comme si vous la mettiez dans de la glace... Elle devient dure comme la glace et cette sensation de dureté s'installe jusqu'au poignet droit pour la durée que vous jugez utile... Et vous comparez cette main dure et glacée à la gauche qui, elle, est là sur votre jambe...

Sentez-vous une différence ? (elle acquiesce avec un mouvement de tête)... Cette différence est le signe que vous pouvez utiliser votre main droite et le froid de la glace comme facteur atténuant, voire sidérant la sensation de douleur à un endroit particulier de votre corps... Avec votre main droite vous pouvez avec la glace qui l'engourdit et l'insensibilise aussi venir déposer cette main-là où vous le souhaitez... (Elle la dépose sur son bas-ventre), très bien... Et vous prenez le temps de ressentir ce qui se passe... comme si ce pouvoir de la main droite d'atténuer la sensation passait dans cette partie de votre corps... et que là quelque chose devient plus confortable... Prenez le temps, je vous laisse profiter... »

Elle transfère l'effet antalgique sur la zone douloureuse. Les suggestions sont amenées de telle sorte qu'elle se sente libre de les combiner avec ses ambiances préférées. Elle s'imagine sur son bord de mer chez le marchand de glace. Sa main droite était engourdie ainsi que sa cuisse où la sensation est passée, mais la douleur s'est transférée dans la main gauche. On assiste là à un phénomène assez fréquent avec ce genre de technique et que le patient aménage en général de façon positive. Elle laisse évoluer cette sensation qui disparaît, puis alors qu'elle se tient habituellement toujours inclinée en avant sur son siège, elle se redresse pour s'asseoir plus confortablement. Cette technique s'utilise en douleur aiguë également.

Une autre fois je lui suggère de visualiser sa vessie comme un ballon souple coloré selon son goût qui se vide doucement, et ses mains face à elle miment le ballon en s'éloignant au départ et se rapprochant au fur et à mesure que le ballon se vide. L'apport du mouvement en état sophronique lui a été bénéfique. La technique se rapproche de ce qui se propose en hypnose ericksonienne avec la lévitation du bras.

« Je suis arrivée très énervée avec une pesanteur énorme au niveau de la vessie et je me sens libérée, étirée avec une sensation de fraîcheur. » Un travail sur l'image du corps se met en place.

À chacune de nos rencontres, je lui demande quel objectif elle souhaite se fixer pour tirer bénéfice de sa pratique. Il est intéressant de noter qu'au début la douleur et le nombre de mictions étant tellement élevés son objectif était d'agir sur ces facteurs, puis avec le temps, elle s'est tournée vers sa dimension émotionnelle et comportementale, bien que ces facteurs douleur, mictions ne se soient pas améliorés de façon significative :

« Au lieu d'arracher la partie, j'y vais. » Elle accepte peu à peu ce qui est.

« Je reconnais qu'une part de moi a laissé s'installer la maladie mais que je peux trouver la solution. »

« Je suis dans une réflexion qui m'amène à alléger l'aspect matériel de ma vie. Le matériel et les autres alourdissent ma vessie. »

« La maladie est moins dans la tête et cela m'enlève la peur. »

Elle se sent autonome dans la possibilité de contrôler la douleur (diminution de sa consommation de morphiniques) et souhaite orienter les rencontres sur l'affirmation de sa personnalité :

« Avant je prenais tout, je voulais que tout soit parfait... J'ai envie de changer de philosophie de vie. »

« Je m'habitue à être moins douloureuse et je suis plus positive. »

Pourtant bien que son existence soit toujours encombrée par ses nombreuses mictions douloureuses, elle sent en elle se mettre en mouvement une énergie de changement. Elle se tourne vers le monde extérieur et songe à une future reconversion, suivi scolaire d'enfants malades.

Nous nous sommes rencontrées dix-huit mois à l'hôpital à raison d'une fois par semaine. La relation de transfert établie était très forte. Bien que le nombre de mictions soit resté à peu près le même, dès lors que la patiente avait regagné en estime d'elle-même, elle s'est sentie suffisamment consolidée pour continuer à cheminer seule temporairement avec ses acquis sophroniques. Le relais en ville auprès d'un psychologue a été assuré. J'ai eu l'occasion, un an plus tard, de la croiser par hasard dans un magasin ; elle qui auparavant se tenait courbée par la douleur arborait un visage rayonnant et se tenait droite. Je dois avouer que cela m'a procuré un grand plaisir.

Tout ceci nous montre combien l'être humain souffrant, tout en luttant activement contre ses maux, possède en lui ses propres moyens pour diminuer ou contenir la douleur, même lorsque les traitements médicaux ont échoué.

Au-delà des outils fournis par la sophrologie, la relaxation, l'hypnose, le yoga, les malades se fraient leur chemin propre à travers cette douleur qui est là comme un défi permanent.

Au-delà des techniques, les patients montrent qu'ils ont besoin de parler, d'être écoutés. Par ce travail d'accompagnement ils vont découvrir des éléments qui vont ressortir, plus ou moins enfouis dans leur conscience. Ces événements mémorisés, en émergeant sont souvent vécus comme positifs pour eux ; il peut s'agir de vécus agréables correspondant à des souvenirs personnels qui, réactualisés en état sophronique, sont vécus dans le corps, par le corps, avec le corps.

Le patient trouve souvent tout seul le positif dans le dialogue post-sophronique. Rappelons-nous l'apparition de sa grand-mère dans la visualisation de M^{me} F. et des plages de La Manche de son enfance chez M^{me} B., comme la madeleine de Proust.



IMPORTANT

La plupart des patients réutilisent comme outil privilégié la respiration et l'imagerie mentale, pour aller vers leur activation intra-sophronique personnelle :

- ✓ une patiente migraineuse aime partir randonner en altitude, le front rafraîchi par la brise, les pieds bien enracinés sur le sentier ;

- ✓ une autre personne en fauteuil isole sa jambe douloureuse à la traction chez le kiné en y mettant une paroi en verre incassable.

À chacun sa manière. Par exemple, Kant, en proie à une crise de goutte, fixait son attention sur un objet ou un nom lui permettant d'oublier sa peine et aussi de l'endormir. Pascal, face à une rage de dents faisait diversion en s'absorbant sur un difficile problème mathématique. Quant à Freud, dans sa lutte contre son cancer de la mâchoire, chaque matin pendant vingt ans il disait : « À nous deux, tu vas me laisser la paix aujourd'hui ! »

Le domaine de la douleur est un domaine passionnant car il nous oblige à parcourir des chemins fort divers dans le monde de l'humain. Les interventions des spécialistes en algologie abordent des sujets aussi variés que la microbiologie, la neurophysiologie, la neurochirurgie microscopique, la cancérologie, l'imagerie radiologique fonctionnelle, la thérapie comportementale ou la psychiatrie.

La finalité du travail sophrologique au sein d'une structure de soin est de développer une stratégie participant à la thérapeutique de la douleur chronique, stratégie permettant chez l'être qui souffre d'acquérir une meilleure tolérance de sa pathologie et l'émergence de nouvelles perspectives d'évolution.

9. Bibliographie

- BOUREAU F. (1988). *Pratique du traitement de la douleur*, Paris, Douin.
- BOUVENOT (1990). *Échelles unidimensionnelles d'autoévaluation de la douleur*, Inserm.
- BRUXELLES J. (1998). *Multiplicité des composantes de la douleur. Approche du douloureux chronique*, Éd. Arnette.
- BURLoux G. (2004). *Le Corps et sa douleur*, Paris, Dunod.
- CLARCK W.C. (1980). « Pain responses in Nepalese porters », *Sciences*, n° 209.
- ETCHELECOU B. (dir.) (2010). *9 cas pratiques en sophrologie*, Paris, InterÉditions.
- GUILLEBAUD KAYSER (1988). In *La Douleur et son traitement, les différents modèles expérimentaux de la douleur chronique*, Éd. Arnette.
- GODEFROY J.-M., BOUCHER Y. (2000). « Neurophysiologie de la douleur », *Information dentaire*, n° 24, 29, 33.
- HUBERT J.-P. (2010). *La Sophrologie analytique, la sophroanalyse*, Paris, L'Harmattan.
- JOUSSELIN C. (2005). *Douleur, tu perds ton temps*, Paris, La Méridienne.
- Hypnose et Thérapie brèves* (2009), hors-série n° 3, Metawalk.

- LE BRETON D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.
- LE BRETON D. (1995). *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié.
- LERICHE R. (1949). *Chirurgie de la douleur*, Paris, Masson.
- LUU, BOUREAU F., GAY (1985). *Élaboration d'un questionnaire d'autoévaluation de la douleur. Méthode d'évaluation de la douleur chronique en clinique*, Paris, Masson.
- MARCHAND S. (2005). *Pharmacologie de la douleur*, PU de Montréal.
- MONFRAIS J.-L. (1989). *Douleur et relation thérapeutique*, congrès Reims.
- MONTAIGNE M. (1993). *Les Essais*, t. II, chap. 37, Garnier-Flammarion.
- QUENEAU P., OSTERMANN (1998). *Soulager la douleur*, Paris, Odile Jacob.
- RAINVILLE P., CORMIER S. (2009). « Modulation psychologique de la douleur par les émotions », in *Douleur, inflammation et auto-immunité*, Éd. Arnette.
- RAINVILLE P., HUYNH BAO QV, CHRÉTIEN P. (2005). « Pain- related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses », *Pain*.
- SOREL M. et coll. (IRIS C. entre autres) (2009). *Douleur, inflammation et auto-immunité. Comprendre pour soigner*, Éd. Arnette.
- SOREL M. coauteur (2010). *Souffrance au travail dans les grandes entreprises*, Paris, ESKA.

Chapitre 18

Sophrologie et psychothérapie

BERNARD ETCHELECOU

Sommaire

1. Harmonie et dissonances.....	384
2. Les résistances et les défenses.....	387
3. Quelques caractéristiques de la progression en sophrothérapie...	392
4. La relation transférentielle.....	400
5. Bibliographie.....	408

1. Harmonie et dissonances

Alfonso Caycedo prône l'*action positive* comme principe de base de la sophrologie. Il ne serait ainsi pas souhaitable d'aborder le négatif du sujet, ses relations conflictuelles présentes ou passées, mais plutôt faudrait-il développer ses potentialités positives. Mais, au fond, que considère-t-on comme « négatif » ? les pulsions de mort ? les traumatismes subis (réels ou imaginaires) ? les systèmes relationnels ayant perturbé la vie du sujet ? faire l'impasse sur tous ces points apparaît difficile.

Note : Remarquons déjà, au passage, l'attitude manichéenne à la base d'un tel clivage positif-négatif.

Il est vrai que, dans de nombreux cas, en tenant compte de facteurs tels que l'âge du sujet, son type de demande, sa fragilité structurale..., nous sommes conduits à orienter délibérément notre approche dans le sens d'une *activation positive* (par exemple, au moyen de SAP). Mais, en regard de la réalité clinique, il est difficile d'admettre comme suffisant, ni satisfaisant pour la progression du sujet, de (se) tenir ainsi à l'écart (de) toute une partie de ce qui constitue la personnalité (et non la moindre, puisqu'elle est en général à la source des problèmes !).

Il s'agirait, en sophromnésie, par exemple, de ne laisser apparaître que des scènes passées agréablement vécues, destinées à renforcer les structures positives du patient. Il semblerait plus lucide, mais certes plus impliquant, de revenir sur cette option thérapeutique sélective ; révision à mon avis obligatoire en constatant les stagnations ou les authentiques échecs qui ne manquent pas de nous rappeler la prégnance indéniable de ce qu'on peut bien appeler « négatif ». Si nous ne « touchons pas au négatif », le patient, lui, est « touché » par son négatif... et risque de nous toucher au passage... Est-ce pour cette raison qu'on voudrait, par avance, s'en préserver ?

J'avoue rester perplexe devant cette affirmation de A. Caycedo : « En effet, le patient, dans le niveau sophroliminal, est peu sensible à une analyse du pathologique mais plutôt à l'action positive » (Caycedo, 1979, p. 169).

Le travail avec les patients ne me permet pas d'adopter ce point de vue ; la complexité personnelle ne saurait être limitée à un tel clivage et il paraît plus efficace de nous adapter à leurs besoins plutôt que d'essayer de les adapter à nos méthodes !

Les méthodes que j'ai dénommées « à visée résolutive directe » (SAP, SCS, essentiellement) participent sans aucun doute d'une attitude fonctionnaliste, immédiatement adaptative, sans véritable mise en cause de la problématique personnelle en jeu, ni souci de la place ou de la signification des symptômes dans l'organisation du sujet. Le sujet, dans ce cas, se déconditionne par rapport à un vécu stressant (ou s'accoutume à bien vivre, par anticipation, telle situation) et souhaite acquérir un mode de réaction, un comportement mieux adapté. Ces méthodes peuvent être parfois très « recouvrantes ».

S. Freud, en distinguant les pôles analytiques et hypnotiques, faisait remarquer :

« C'est qu'en réalité le plus grand contraste existe entre la technique analytique et la méthode par suggestion, le même contraste que celui formulé par le grand Léonard de Vinci relativement aux beaux-arts : *per via di porre* et *per via di levare*. » (1975, p. 89)

Tandis qu'il admettait auparavant :

« Je trouve pour ma part tout à fait naturel d'avoir recours à des méthodes curatives moins difficiles (que l'analyse) tant qu'on peut espérer en tirer quelque avantage. » (p. 89)

La pratique sophrothérapique sera de même très différente selon que l'on adopte une attitude essentiellement *recouvrante* (*per via di porre*, comme la peinture qui couvre une surface) ou *découvrante* (*per via di levare*, comme la sculpture qui fait émerger la statue de la pierre qui potentiellement la contient).

Les applications pédagogiques de la sophrologie bénéficient très largement, nous l'avons vu, des techniques recouvrantes. Mais, quand on aborde le domaine de la

thérapie, il convient de les utiliser avec prudence, en sachant pourquoi, dans tel ou tel cas, elles sont préférables. On peut certainement estimer qu'il est affectivement plus « économique » pour tel patient de se « compenser » ainsi, ou désirer renforcer les défenses d'un sujet dont la structuration est fragile, ou encore préparer une progression ultérieure plus découvante. On ne saurait cependant *systématiquement* occulter le sens des symptômes, dénier l'impact des fantasmes, du désir inconscient. Car comme l'indique Sami-Ali à propos des techniques comportementales, « non seulement la névrose (y) est ramenée au symptôme, mais encore le symptôme lui-même est pris à la lettre par une démarche qui se place exclusivement sur le plan de la réalité. Le symptôme ne symbolisant rien, il s'agit de le faire disparaître en manipulant le corps réel » (Sami-Ali, 2010, p. 89). Et l'auteur de conclure : « La guérison découle, ici, du renforcement du refoulement. »



IMPORTANT

Il appartient au thérapeute de choisir, dans l'éventail très large des techniques sophroniques dont il dispose et compte tenu de sa propre formation, celles qui lui paraissent les mieux appropriées. Selon les symptômes, la personnalité de ses patients, le niveau de leur demande, il sera de fait amené à utiliser tantôt des techniques recouvrantes (cependant *positives car évolutives et résolutive*s autant qu'elles pourront l'être dans un secteur donné), tantôt des techniques découvrantes, avec tout ce que ce choix implique d'émergence des conflits (est-ce négatif ?), de fixations infantiles, de résurgences d'angoisse, désirs, défenses, etc.

Ne vaut-il mieux pas généralement, plutôt que de le méconnaître, viser également à l'intégration d'un négatif mieux assumé ? Quitte parfois à renforcer ensuite, si le sujet le souhaite, une structuration désormais plus harmonieuse, à l'aide d'un entraînement plus classiquement basé sur l'action positive (dans la mesure où les problèmes n'imposeraient plus tant leur prégnance).

Si cette diversité des méthodes rend malaisée la mise en évidence d'une spécificité fondamentale, elle offre en revanche une grande souplesse au praticien qui peut adapter son approche en fonction de la caractéristique des problèmes présentés.

2. Les résistances et les défenses

J'ai, au cours de mes suivis, d'emblée été confronté à la question des défenses et des résistances déclenchées parfois de façon très rapide et très importante en relaxation. À la réflexion, je me suis aperçu que la proposition de « se détendre » n'est pas dénuée d'ambiguïté. Il peut exister en effet, comme le remarque Sapir, une relation préalable de type *double bind* : on offre au sujet d'apprendre à se détendre, à se relaxer, alors qu'en réalité il est placé – souvent dès les premières séances – en situation d'angoisse, de conflits. Ceci, tout au moins, jusqu'à ce qu'il ait la possibilité de vivre sa relaxation de manière relativement agréable.

D'où mon parti pris de préciser, dès le premier entretien, au sujet, qu'apprendre à se détendre n'est pas chose aisée, et qu'il est même souvent nécessaire pour progresser d'être confronté à ses difficultés. Je m'efforce en outre au début de percevoir ce que signifie la démarche du patient qui vient me demander un suivi « par relaxation ».

Certains sont tellement attirés par l'aspect *corporel* qu'ils manifestent à l'évidence leur désir de ne pas « s'occuper » des causes psychiques de leurs maux, leur démarche est en ce sens défensive par rapport à toute psychothérapie. Ils sont cependant très vite placés devant l'impossibilité d'une approche « purement physique » : soit leurs défenses s'assouplissent et ils parviennent à poursuivre, soit ils renoncent à ce genre de prise en charge ; et c'est la fuite perpétuelle vers d'autres techniques...



CAS PRATIQUE

Après avoir remarqué que les symptômes pour lesquels elle avait consulté avaient disparu – en très peu de séances –, une cliente a décidé d'arrêter la relaxation. Il m'a bien semblé qu'il s'agissait surtout d'une « fuite dans la guérison »...

Cette cliente, très « psychosomatique », se plaignait pêle-mêle de maux de tête, de « déprime », de difficultés respiratoires, de l'apparition de plaques sur la peau, de « spasmophilie » ; elle avait aussi le foie sensible, des problèmes sexuels...

À la première séance, elle eut du mal à détendre son visage, ses paupières ; elle se sentait lourde « comme une masse », avec l'impression « d'être dans un trou, ou d'être enfoncée dans quelque chose » ; elle avait froid.

De la deuxième séance, elle dit : « J'ai eu des tas de pensées banales... rien de précis, tout à fait fou... comme si je n'arrivais pas à avoir du calme dans la tête. »

À la troisième séance, elle avait de nouveau « mal à la tête, comme si elle s'enfonçait trop » ; elle avait « des frissons, du froid ».

Après la sophronisation, elle parla d'une période, avant l'âge de six ans, dont elle gardait la nostalgie : « C'est le meilleur souvenir que j'ai de toute ma vie ; je

voudrais y retourner (par images), mais j'hésite parce que j'ai peur de ne pas retrouver réellement ce que j'ai vécu. » On aurait dit qu'elle voulait se préserver un « lieu d'illusion » qu'elle ne souhaitait pas aborder de peur d'être déçue par la réalité.

Lors de la quatrième séance, cette cliente fut ravie de me parler des effets heureux de la relaxation dans sa vie quotidienne : elle dit commencer à se « débloquent », à s'investir dans des activités extérieures, elle qui jusque-là était restée « repliée chez elle ». Ses symptômes aussi semblaient avoir disparu. Son discours contrastait avec la séance de sophronisation dont elle précisait : « Dès le début, c'est comme si le froid arrivait ! » Elle fit la relation d'un rêve, durant la discussion : elle s'était retrouvée à l'âge de six-sept ans à l'endroit où elle souhaitait – sans oser – « revenir ».

À la cinquième séance, elle confirma aller beaucoup mieux depuis qu'elle faisait de la « relaxation »... elle pratiquait même chez elle pour s'endormir, et « ça marchait ». Mais après la séance de sophronisation, elle devait se plaindre à nouveau de vivre mal sa position allongée : « Ça devient désagréable à la fin ! », dit-elle sur un ton très agacé.

Les vacances sont arrivées, je ne l'ai plus jamais revue !...

Ce cas me paraît bien refléter une démarche défensive par rapport à un passé personnel et à des conflits. Résistance aussi vis-à-vis d'un thérapeute sans doute vécu comme « menaçant », du fait qu'il risque faire se dévoiler le passé, et faire ressurgir les conflits profonds.

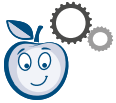
On voit en effet comment les choses progressent *à l'extérieur* ; elle arrive même à une bonne détente lorsqu'elle est toute seule ! Tandis qu'*à l'intérieur* du cadre thérapeutique, la détente est péniblement vécue. Plutôt donc d'aborder des « domaines » qui peuvent « faire mal », cette dame a, m'a-t-il semblé, préféré la *fuite vers une (pseudo-)amélioration*.

D'autres personnes sont tellement préoccupées d'*obtenir des résultats rapides* et désirent commencer si vite qu'elles se comportent comme si elles voulaient (se) montrer que ces « méthodes » ne valent pas mieux que les autres, et ceci le plus vite possible. Elles se débarrassent de toute perspective de guérison, par souci de conserver leurs symptômes (par peur d'un profond remaniement et de perdre les « bénéfices secondaires » retirés de leurs symptômes).

D'autres encore *banalisent* à outrance l'aspect « thérapeutique » en déclarant : « De toute façon, ça ne peut pas faire de mal de se détendre un peu ! » Certains de ceux-là acquiescent sans réserve à la « méthode », en s'en remettant « corps et âme » au thérapeute : parfois leur déception est à la hauteur de leurs attentes !

Beaucoup marquent toutefois leur *ambivalence* par rapport à la relaxation – et, bien sûr, au relaxateur : ils espèrent trouver une issue à leurs problèmes et désirent aller voir en eux ce qui s’y passe mais, en même temps, ils ont peur d’être déçus, que « ça ne serve à rien », que cela soit trop « coûteux ».

Le cas qui suit illustrera bon nombre des réactions de défense que je viens d’évoquer.



CAS PRATIQUE

Un client vient me parler de ses problèmes, avec un air très fatigué, se disant « complètement au creux de la vague ». Il me dit : « Je voudrais être vite retapé ; j’ai entendu dire que vous faisiez de la relaxation, alors je me suis dit : “On peut toujours essayer !” »

Il se montre dès le début extrêmement dépendant et souhaite deux séances par semaine « pour aller plus vite ». Je lui fais part de la façon dont j’envisage la « relaxation », ses possibles difficultés, la longueur incertaine du « traitement », etc. Il se déclare toutefois « prêt à commencer le plus rapidement possible ».

Je le vois encore deux entretiens, afin de préciser sa demande ; schématiquement, on peut considérer que ce monsieur voulait que je lui dise :

- s’il devait arrêter son travail ;
- s’il devait divorcer ;
- comment faire pour surmonter sa « mauvaise passe » !

Enregistrant son ras-le-bol actuel et son désir de modification, je lui précise surtout que je ne peux l’aider que sur un seul plan : sa personnalité et l’élucidation de ses difficultés. Il insiste pour être suivi « en relaxation ».

Je devais me rendre compte par la suite que ce qu’il appréciait dans cette méthode était le côté physique ; il pensait que ses problèmes personnels allaient peut-être se résorber avec l’aide de certains exercices bien adaptés !

Dès les premières séances, j’ai senti que cet homme, qui souffrait d’une névrose d’échec, voulait au fond se « débarrasser » au plus vite d’une « méthode » pour lui nouvelle, qui ne devait pas réussir plus que les autres (il avait essayé l’acupuncture, des massages, etc.) du fait de sa compulsion à l’échec.

D’emblée, il ne s’est pas investi en sophronisation : « Ça ne marche pas très bien avec moi ! » Alors que je lui demandai pourquoi, selon lui, ça ne marchait pas, il me répondit : « Peut-être que c’est parce que je trouve ça un peu couillon... » (*sic*), et rajouta : « Si quelqu’un qui me connaît me voyait, il rigolerait de me voir faire ça ! »...

Quoi qu’il en soit des attentes préalables et des préjugés vis-à-vis de la relaxation, nous savons qu’elle consiste à « lâcher les commandes du corps et les abandonner

à elles-mêmes¹ ». On ne saurait donc être étonné par l'inquiétude suscitée par cette perte de contrôle ; inquiétude, voire angoisse très vive du sujet qui peut, de par la technique même, être confronté aux fantasmes liés au corps et à son unité (angoisse de morcellement, de destruction, de levée des protections personnelles, etc.).

D'autre part, accepter de « se laisser aller », c'est accepter la « passivité » et la régression dans une certaine dépendance au thérapeute, avec les craintes que cela peut susciter d'intrusion, d'agression, ou de perte du moi auxiliaire parfois représenté par le thérapeute, peur de séduction par celui-ci, etc.

Certes, le moi garde toujours une part de contrôle en sophronisation, ce qui facilite l'« aventure » dans des expériences incongrues, mais cela n'est possible que si ce moi est senti comme suffisamment solide, le sujet étant sûr qu'il se « récupérera », « quoiqu'il arrive »... Sinon, cette menace de débordement du moi par les pulsions va entraîner la mise en œuvre de défenses vis-à-vis de la relaxation².

Si donc détendre son corps ne va pas de soi, accepter les « images » et les laisser se dérouler n'est pas non plus évident, car il s'agit souvent d'assumer des affects contre lesquels le sujet se protégeait jusque-là. Dans tous les cas, les différentes « menaces » ressenties vont déclencher des *mécanismes de défense*.

Fiche Les mécanismes de défense

Nous présentons les plus fréquemment rencontrés.

La banalisation de ce qui est vécu en relaxation

Ce mécanisme est souvent défensivement utilisé : rien n'apparaît de personnel, de subjectif ; le patient se contente de dire que « ça s'est bien passé » en retraçant sa relaxation sur un mode très descriptif, affectivement neutre.

La non-prise en compte de l'imaginaire

Un autre processus consiste à vivre les « images » comme des **rêveries sans importance**, sans impact ; comme si l'imaginaire était un secteur « à part », isolé, réduit à une dimension uniquement « illusoire », sans rapport avec la réalité ni avec les comportements personnels.

Le clivage corps/esprit

Il est aussi fréquent d'observer un mécanisme qui vise au maintien du **clivage corps-esprit** pour préserver chaque secteur de l'impact de l'autre. Le sujet se cantonne alors soit au vécu « purement » corporel (il ne décrira que les sensations physiques et considérera la relaxation

.....

1. Kammerer cité par Geissmann et Durand de Bousingen, 1968, p. 224.

2. Si toutefois les capacités défensives du sujet sont suffisamment bonnes, sinon il y aurait risque de décompensation.

comme un ensemble d'exercices apparentés plus ou moins à la gymnastique), soit encore il va nier la présence et le vécu de son corps en se réfugiant dans les visualisations mentales et les scènes imaginées (sans aucune référence corporelle).

On a vu que dans l'un ou l'autre cas, les sensations physiques ou les productions imaginaires ne peuvent être longtemps tenues clivées : force sera au sujet de s'apercevoir de la coexistence et des relations entre les deux domaines.

L'impossibilité de se relâcher

Le seul fait de s'allonger – en présence du thérapeute – provoque chez certains des tensions insurmontables.

À ce sujet, j'ai pu observer le cas d'une jeune femme qui systématiquement contractait la partie du corps que je lui demandais de détendre, et la décontractait dès qu'on passait à une autre partie !... Opposition manifeste à la relaxation... et au relaxateur ! Parfois la tension est générale et il est particulièrement difficile d'aller plus avant ; cependant, il est toujours possible de se servir de cette « donnée de base » pour aborder les problèmes.

Tel était le cas de cet homme qui ne parvenait absolument pas à se détendre. La discussion s'orienta sur le thème du regard : regard gênant du thérapeute qui symbolisait le regard d'autrui... Mon client reconnaissait être très méfiant à l'égard des autres. Mais c'était en définitive une projection sur autrui des propres sentiments de défiance qu'il avait à son égard. La prise de conscience des attitudes personnelles que manifestait son incapacité à se détendre « devant le regard d'autrui », permit un déblocage partiel et un début de progression.

La nervosité

Il arrive aussi fréquemment que des signes de nervosité apparaissent en début de relaxation (pleurs ou rires par exemple). Un de mes patients riait beaucoup en commençant à se détendre ! Il s'aperçut que c'était pour lui une façon de dédramatiser sa situation, tout en se moquant de lui-même (« Pour en arriver là, il faut le faire ! »).

Les tensions

Les tensions sont souvent localisées à des endroits du corps à résonance affective forte pour le patient, ou à symbolique précise.

Le sujet peut alors focaliser toute son attention sur ces points qui, tout en indiquant des zones conflictuelles, l'aident aussi défensivement à ne pas se laisser aller complètement. Je pense par exemple aux cas fréquents de tensions au niveau des *yeux* souvent liées à la *peur* de ce que la descente entre veille et sommeil peut donner à voir.

Le refuge dans le sommeil

Ce mécanisme est aussi parfois une façon de se défendre des productions et des tensions, en renonçant à lutter en pratiquant la « politique de l'autruche ». Il est la marque de la *défiance* par rapport à soi-même, mais aussi face à l'influence possible du thérapeute au cas où l'on se maintiendrait dans cette zone de « suggestibilité », entre veille et sommeil.

On peut donc, par défense, être soit *hypervigilant*, soit se laisser sombrer dans le *sommeil*, pour ne pas se maintenir dans la zone « intermédiaire », perçue dangereuse.

Mais l'on rencontre aussi des cas où le sommeil constitue une *gratification narcissique* : monde bienheureux, sans limitation ni d'espace, ni de temps ; sans contraintes ni conflits... Régression à l'état fœtal dont on garde la nostalgie.

Les résistances à la relaxation, les défenses élaborées face aux « dangers » ressentis sont loin d'être négatives : même si l'on peut considérer qu'elles constituent des obstacles, elles fournissent au moins un premier support de relation, une indication sur les zones conflictuelles, sur les angoisses qui prévalent, sur les caractéristiques défensives du sujet, etc. Prises de conscience réalisées ici et maintenant, dans une relation à un thérapeute et point de départ d'élaborations ultérieures, amorce de la progression du sujet, que nous allons maintenant examiner.

3. Quelques caractéristiques de la progression en sophrothérapie

Régression narcissique : le corps et ses limites

Les techniques sophrologiques, s'adressant au corps, à son image, et aux vécus que suscite la détente corporelle, semblent inciter avant tout à la *régression* du sujet sur un mode *narcissique*. La visée est certes, comme l'indiquent Geissmann et Durand de Bousingen :

« Une régression narcissique d'un niveau rassurant où la dépersonnalisation est structurante et non déstructurante, où le contentement extatique de ressentir son corps est permis, transitoire, soumis à la maîtrise de la conscience. » (1968, p. 245)

Les choses ne vont cependant pas aussi facilement chez bien des sujets : passer en revue le corps, partie après partie, c'est avant tout se (re)trouver face aux problèmes de l'intégrité corporelle, et par là même face à l'intégrité et à l'unité du moi.

C'est aussi le problème du rapport entre soi et le monde extérieur, de ses propres limites. Ceci est particulièrement visible dans les remarques de certains patients, relatives au « dedans » et au « dehors », à l'« intérieur » et à l'« extérieur » (exemple : « Je me sens chaud dans mon corps, froid à l'extérieur »)... Et bien sûr les fantasmes liés à la peau.

Inviter le sujet à faire abstraction du monde extérieur, c'est sur-valoriser le « monde intérieur », tout en posant le problème du rapport entre deux « entités » bien distinctes : moi-autrui. Le sujet qui essaie de se relaxer est, à cause même de (ou grâce

à) la technique, d'emblée placée dans une position régressive où peuvent être réactualisées les failles narcissiques, les difficultés relatives à la formation d'un moi uni, unique, et les rapports entre ce moi et le monde extérieur.

Autant dire que des angoisses et fantasmes très archaïques pourront surgir : angoisse de morcellement, d'annihilation, sentiments de décorporalisation, de dépersonnalisation par « mise au diapason » soi-environnement, mais aussi fantasmes de toute-puissance, d'être sans limites, etc.

Indications et contre-indications : la sophrothérapie et ses limites

De ce qui précède, on peut conclure que la problématique « psychotique » peut se trouver interpellée. Ceci pose la question des indications de la sophrothérapie pour les cas où la fragilité du moi est certaine et où existe déjà de façon aiguë cette problématique. Au mieux, la personne se défendra face au danger de morcellement ; au pire, elle décompensera.

Il paraît ainsi (au moins pour ce qui me concerne³) particulièrement hasardeux de proposer une thérapie sophronique à des sujets de structuration psychotique, et aux « pré-psychotiques » parfois difficiles à diagnostiquer du fait de la présence active d'un noyau psychotique *masqué* par des défenses de registre « névrotique⁴ ».

Il n'est réellement possible de se détendre et de se laisser aller en faisant abstraction du monde extérieur que si l'on est *certain* de se « retrouver » après. Si le problème de l'identité, de la permanence individuelle est au premier plan, l'angoisse risque d'être insurmontable. Pour ces raisons, on doit s'assurer, lors des premiers entretiens, que l'on a affaire à des sujets dont la structuration « normale-névrotique » (cf. Bergeret) prédomine.

Note : Sans vouloir entrer dans le détail des catégories nosologiques, indiquons simplement que la sophrothérapie semble principalement concerner les problèmes névrotiques, les états dépressifs (névrotiques), les cas d'anxiété diffuse mais permanente, les sentiments d'échec et d'infériorité, et tous les cas où une restauration du moi, une revalorisation narcissique, sont souhaitables.

.....

3. Les indications et contre-indications sont avant tout relatives au thérapeute lui-même, plus qu'à la technique. Cf. Andreotti et Pasini qui utilisent avec profit le TAS chez les psychotiques.

4. Cas de certains adolescents qui se défendent avec le plus vif acharnement à l'aide de mécanismes phobiques ou obsessionnels, derniers « remparts » face à la menace d'« éclatement » psychotique.

Un sujet qui se sent entier, non entamé, qui se complaît dans son corps, qui peut jouir de ses capacités tout en reconnaissant ses limites, et qui s'investit positivement dans la réalité : tel est le principal objectif d'une sophrothérapie.

Et nous avons vu comment, s'occupant du corps, les différentes techniques sophrologiques sont particulièrement aptes à atteindre ce but de revalorisation narcissique.



IMPORTANT

Être bien dans sa peau, s'aimer soi-même, être confiant en ses possibilités, sont autant de facteurs qui permettent l'adaptation relationnelle et l'investissement sur des objets « externes ».

En outre, un sujet qui a développé une image interne confiante pourra se laisser aller à l'écoute de son corps, de ses fantasmes, affects, désirs... pourra s'autoriser à vivre le maximum de sensations : il sait que si tout cela surgit parfois douloureusement, il n'en sera cependant pas menacé dans les fondements de son identité.

Autour du narcissisme

On retiendra ici qu'en sophrothérapie (comme probablement dans toutes les techniques se rapportant au corps), la *formation du moi* est au cœur du problème ; avec ce que cela implique de processus archaïques relationnels à des objets partiels, puis à l'objet total dont il s'agit de s'individualiser.

Sans entrer dans les discussions théoriques et les distinctions proposées par Freud et les analystes concernant ce concept, il est clair que le *narcissisme dans les différents sens* utilisés habituellement est au centre de la cure sophronique.



DÉFINITION

Le narcissisme peut être entendu comme un *état premier, anobjectal*, où les instances psychiques ne sont pas différenciées, où le sujet n'a d'autres possibilités que de se prendre lui-même comme objet d'amour : soi sans limites, baignant dans une satisfaction elle-même illimitée, comme celle du fœtus ou du nouveau-né qui vient de s'alimenter.

Il n'est pas rare d'observer des régressions à ce niveau en relaxation (on en donnera un exemple plus loin). La nostalgie d'une « époque » de bien-être complet conduit aussi certains individus à s'endormir en trouvant refuge dans un sommeil rappelant ce bonheur « sans borne ». D'autres encore refusent de « sortir » de cet état lorsqu'on leur propose la reprise : retrouver la situation actuelle, c'est retrouver la réalité avec

ses limites, ses frustrations, ses contraintes... C'est donc le retour dans les difficultés (alors qu'on était « si bien ! »).

On peut encore envisager le narcissisme comme un *stade intermédiaire* entre le stade anobjectal, auto-érotique, et celui de l'amour objectal. Période qui serait contemporaine de l'apparition d'une *première unification* du sujet, de son moi.

Selon Laplanche et Pontalis, « on peut, dans une perspective génétique, concevoir la constitution du moi comme unité psychique, corrélativement à la constitution du schéma corporel. On peut aussi penser qu'une telle unité est précipitée par une certaine image que le sujet acquiert de lui-même sur le modèle d'autrui, et qui est précisément le moi. Le narcissisme serait la captation amoureuse du sujet par cette image » (1973, p. 262).

À cet égard, on ne peut omettre de rappeler la période clé qui, d'après Lacan, marque l'avènement de ce narcissisme : le *stade du miroir*. Entre 6 et 18 mois, « l'enfant encore dans un état d'impuissance et d'incoordination motrice, anticipe imaginativement l'appréhension de son unité corporelle. Cette unification imaginaire s'opère par identification à l'image du semblable comme forme totale » (Laplanche et Pontalis, 1973, p. 452).



GROS PLAN

Idéal du moi et moi idéal

Dans l'image du semblable, ou dans l'image spéculaire, l'enfant anticipe ce que sera son unité corporelle : il s'identifie à cette image. De cette période sont issues deux formations, toutes deux (nous le soulignons) régulatrices des *sentiments d'estime de soi* : l'idéal du moi et le moi idéal.

L'*idéal du moi* est le modèle « idéal » auquel le sujet cherche à se conformer ; il découle à la fois du narcissisme et de l'intériorisation d'apports externes, « par la voie de l'identification aux parents ou à leurs substituts » (Lagache, 1965, p. 94).

Quant au *moi idéal*, il désigne « le modèle de conduite que le sujet doit réaliser pour satisfaire à une attente qui est la sienne et non celle des autres, un idéal narcissique de toute-puissance » (Lagache, 1965, p. 96).

Si j'insiste sur ces différents points, c'est que la régression narcissique est une caractéristique fondamentale en sophrothérapie et, nous le verrons plus loin, que dans ces conditions, les instances idéales (moi idéal, idéal du moi) prennent une place prépondérante, notamment dans la relation patient-thérapeute.

Évolution en sophrothérapie

On ne sera pas étonné, vu l'importance attribuée au corps et, corrélativement, à la construction du moi, du niveau archaïque des fantasmes (se rapportant à la relation duelle) en thérapie sophronique.

Se rejoue fréquemment le processus d'individuation : le nourrisson, d'abord en symbiose complète avec sa mère, va peu à peu se dégager d'elle. Ce processus passe par des relations à des objets partiels, puis à un objet total dont l'enfant se distingue mais dont il sait désormais dépendre complètement, avant de réaliser son autonomie (toute relative).

L'angoisse de morcellement, l'indifférenciation soi-autrui, le clivage en « bons » et « mauvais » objets partiels, feront place à *une angoisse de perte* d'un objet total, distinct de soi, perçu à la fois « bon et mauvais », et à qui s'adressent les pulsions agressives et libidinales (relation d'objet ambivalente).

Il restera encore beaucoup à faire pour que l'enfant parvienne à s'autonomiser, en intériorisant notamment les différentes instances lui permettant d'avoir une *vie socialisée* (la référence à un « tiers » rendant impossible un échange exclusif mère-enfant est à cet égard fondamentale).

Mais, comme nous l'avons vu, les modalités propres à la sophrothérapie mettent l'accent sur les problèmes relatifs à la formation du moi, à la relation narcissique et duelle prégénitale, soit une période allant de la phase anobjectale jusqu'à la perception d'un autre distinct de soi, puis de soi comme individu à part, entier. Autant dire qu'avec de telles caractéristiques, la régression sophronique se fait sur un mode archaïque dont témoigne la prégnance de certains fantasmes (en rapport avec l'oralité, notamment).

Note : On reconnaîtra dans ce qui suit certaines phases clés du développement des relations objectales, fréquemment repérables au cours d'une prise en charge sophrothérapique.

Souvent la situation sophronique est vécue (ainsi que la relation duelle au thérapeute) comme « toute bonne ». La pièce où l'on se trouve est perçue comme un endroit de détente parfaite, toute positive, endroit complètement « à part » du monde extérieur, où il fait bon, où l'on est bien... Cette pièce qui représente le « ventre maternel »... À la limite, le thérapeute n'est pas un élément distinct de ce tout de bien-être... Le monde extérieur, *à ce moment*, existe ou n'existe pas : on n'en sait rien, et on est tellement bien dans ce *cocon* que la question ne se pose même pas ! Au thérapeute de ne pas se laisser « enfermer » dans ce piège ultra-gratifiant : les clients viennent

se « ressourcer » dans ce bain idéal, très régulièrement (ça leur fait « tant de bien ! ») ... et cela *indéfiniment* !

La technique d'induction sophronique suscite aussi la *passivité* du sujet qui « reçoit », sans critique, la « bonne nourriture » de la part du thérapeute⁵, la « bonne parole ». Il peut littéralement se laisser « pénétrer », va « incorporer » cette nourriture destinée à le conduire dans un état de bien-être total (comme le nourrisson après la tétée). Relation oralisée entre un thérapeute « tout bon », « tout-puissant », idéalisé, qui « sait » ce qui est bon pour le patient, et un sujet qui reçoit passivement et fait siennes (« incorpore », « boit » ou « goûte » !) ses paroles.

Mais il se peut que cette relation « toute bonne » se transforme soudain en « toute-mauvaise », lorsque, par exemple, le sujet observe que les effets escomptés ne viennent pas aussi rapidement que voulu – satisfaction immédiate oblige !... Les paroles du thérapeute deviennent alors dangereuses, et difficiles à « avaler » ! Ce thérapeute qui induit une régression accompagnée d'angoisse constitue une menace : on va résister en neutralisant son « influence » (impossibilité à se relaxer), ou en l'agressant parfois violemment.



CAS PRATIQUE

Je repense là à ce que j'ai vécu, au cours d'une des premières séances d'un groupe de relaxation dynamique, en institution.

Alors que je montrais le « geste du karaté », avant la sophronisation, une jeune femme placée juste devant moi (par hasard !) me dit sur un ton très agressif : « Si vous restez là, c'est vous qui allez déguster ! »...

La même personne me déclara après la séance : « J'ai été étonnée (après la reprise) de voir que vous étiez en chaussettes ; parce que j'ai cru, pendant la relaxation, vous entendre marcher très fort, en faisant beaucoup de bruit... et j'ai failli vous crier de faire moins de bruit. »

Il m'a alors semblé que pour cette dame, non seulement je n'avais pas fait assez de « silence » (ce dont j'ai tenu compte par la suite), mais que, bien plus elle aurait aimé me « museler », ne retenant de mes inductions que le « bruit » empêchant sa propre expression et son écoute d'elle-même.

Note : Ce mode de transfert sur le thérapeute, en « tout bon » ou « tout mauvais », est particulièrement manifeste dans les toutes premières séances de *groupe*.

À d'autres moments, c'est la *dépendance au thérapeute idéalisé* qui domine le tableau des relations. Le sujet se sent uni, unique, mais son bien-être à conquérir,

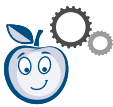
.....

5. Certains ont cependant parfois du mal à « digérer » la sophronisation... ou le sophrologue.

ses difficultés à résorber, le développement de sa confiance en lui-même, de son potentiel positif, dépendent entièrement du (savoir-faire) (du) thérapeute. Celui-ci devient un moi auxiliaire sur lequel se « repose » le patient (relation *anaclitique* – étym. = « se reposer sur »). Il a besoin des « béquilles » du thérapeute, sans lequel il est *perdu*.

Le thérapeute incarne aussi l'idéal du moi du sujet : ce modèle à suivre, ce « guide » à qui il s'efforce de ressembler... *Piège possible* là encore pour le sophrologue : le sujet devra bien un jour ou l'autre trouver son autonomie (à condition que le thérapeute favorise son indépendance, en acceptant de renoncer à la position gratifiante que lui accorde son client).

Ce type de relation semble se manifester par exemple lorsque la relaxation est vécue *très positivement*, mais uniquement grâce au thérapeute ; le sujet dit alors : « Chez moi, ce n'est pas pareil, ça ne marche pas aussi bien parce que vous n'êtes pas là. » Il est lié au thérapeute par un lien « idéal » : le corps très bien vécu, très chaud, très calme, etc. L'« esprit » en état de bien-être... exactement comme le suggère le thérapeute. Le sujet, dans cette relation imaginaire, a l'impression que tout lui est possible.



CAS PRATIQUE

Un client, très dépendant, me dit un jour : « C'est agréable de se laisser guider, de suivre votre voix. » Il avait tendance à être très passif, à se laisser aller presque jusqu'au sommeil tellement il se sentait bien en sophronisation.

Du point de vue de la seule détente, tout se passait à merveille : les sensations de bien-être étaient fortes, le relâchement musculaire complet. Ce qui se passait en fait, était que ce client se plaçait dans une position de soumission aux *directives* d'un thérapeute vécu comme très *bienveillant*.

Lui, qui disait « avoir toujours donné aux autres, sans rien recevoir en échange » se mettait dans la situation inverse de quelqu'un qui « reçoit tout » du thérapeute, sans aucun « effort thérapeutique » personnel. Il considérait au fond la relaxation comme un don de ma part à son égard. Il se plaignait de « dépendre des autres » dans la vie quotidienne, de ne rien parvenir à faire « par lui-même ». Il me rapportait aussi que s'il voulait se détendre « à l'extérieur », il essayait de faire « comme je le lui avais indiqué » (et non tout simplement de « se relaxer »).

Au tout début, si je ne le guidais pas au moment de la reprise, il ne revenait pas de lui-même. Je l'ai alors incité à faire tout seul sa « reprise », symbole d'autonomisation... À cet instant précis, les premières difficultés ont surgi : il eut de fortes contractions dans le dos ; sa reprise avait certainement été effectuée trop rapidement, mais surtout il me dit « s'être senti lâché ». Il n'avait donc pas supporté mon attitude l'amenant à quitter sa relation d'étroite dépendance à mon égard.

Ses contractions dans le dos m'ont conduit à le replacer en état de détente, pour le faire ressortir à mon rythme, en répondant sans m'en rendre bien compte à sa demande profonde (réaction contre-transférentielle dont je n'ai fait l'analyse que plus tard).

Son désir de dépendance ayant été satisfait, ce monsieur n'eut effectivement plus aucune douleur après cette deuxième reprise.

La relation de dépendance est parfois telle qu'on demande au thérapeute d'enregistrer une cassette, pour « le conserver avec soi » entre les séances, façon de résoudre (momentanément) le problème de la *perte*... On retrouve ainsi à son gré « son thérapeute », grâce à la cassette !

À ce moment, on sent que le sujet vit ses relaxations au rythme du thérapeute, et fait siennes ses inductions : il « assimile les caractéristiques du “bon objet”, chaud, calme, pesant, en le conservant en soi, par incorporation en relation à l'idéal du moi projeté sur le thérapeute (mécanisme prévalent d'identification projective) » (Hubert, 1975).

L'apprentissage de la détente dans le sens d'un bien-être se fait alors plus facilement qu'auparavant et aboutit à cette « rénovation narcissique » dont nous parlions plus haut. L'amour pour les objets (intériorisés et réels) et la confiance (en soi et en eux) deviennent plus solidement établis. Le sujet sent de plus en plus chez son thérapeute et en lui-même la *prévalence des pulsions d'amour sur les pulsions de haine*, des pulsions de vie sur les pulsions destructrices, bien qu'il sache qu'amour et haine coexistent. Confiant, de par cette prévalence, il peut désormais « se laisser aller » complètement, sans crainte, à l'« écoute de lui-même ». Il devient alors beaucoup plus *actif* dans sa recherche thérapeutique, qu'il conduit désormais de façon plus indépendante : il a toujours besoin du thérapeute, mais ses projections sont moins massives, et il l'utilise de manière plus adaptée. Le thérapeute prend alors plus une place d'« accompagnateur » dans sa démarche thérapeutique ; il n'est plus « celui de qui tout dépend », ni « celui qui peut détruire ». Le patient va ainsi peu à peu se dégager des mécanismes relationnels prégénitaux qui primaient jusque-là pour s'individualiser davantage.

Une autonomisation plus radicale se fera par le développement des mécanismes et des caractéristiques relationnelles du registre œdipien, le primat du génital (bien que des résurgences prégénitales puissent toujours réapparaître).

Le travail en *activation intrasophronique*, portant sur les symboles imagés (sophromnésies, sophro-analyse, etc.), réactualisera alors des évocations de type surtout œdipien, des éléments en rapport avec la relation triangulaire, l'angoisse de castration... Les sensations corporelles pourront aussi être plus « génitalisées ».



IMPORTANT

Finalement, ce qui semble surtout distinguer la sophrothérapie dans l'ensemble des méthodes psychothérapiques, c'est ce sur quoi on a insisté tout au long de cette partie : un travail sur le corps, la régression et la restauration narcissiques, la réactualisation d'une période où domine la formation de l'identité, par construction d'un moi en référence et parallèlement à la construction de l'image corporelle, à l'aide des identifications et des investissements libidinaux qui prévalent dans cette période archaïque.

Au cours de cette description, nous avons vu combien était prépondérante la *relation au thérapeute*, support des projections, des investissements divers, représentant des imagos parentales.

4. La relation transférentielle

« En général, on peut dire que c'est davantage le médecin qui guérit, que la méthode qu'il applique⁶. »

Je voudrais ici faire quelques remarques générales sur la relation thérapeute-patient, plus qu'entrer dans les méandres divers de cette relation⁷ qu'on ne saurait du reste décrire en termes bi-polaires (positive, négative) étant donné sa complexité dans tous les cas.

Tel individu vient demander de l'aide à un « spécialiste »... Cette situation implique – quelle que soit la spécialité – une relation basée sur un certain décalage entre le thérapeute et « son » client. Le thérapeute est présumé « savoir » comment il faut faire pour guérir ; il est forcément en position de supériorité vis-à-vis de cette personne *en difficulté* qui lui réclame son aide. Le client s'en remet donc au thérapeute et à son « pouvoir »... Non sans ambivalence, la plupart du temps. Se mêlent chez lui :

- espoir de guérison et peur d'un remaniement personnel profond ;
- désir de voir disparaître les symptômes et d'en préserver les « bénéfices secondaires » ;

.....

6. Stokvis cité par Geissmann P., Durand de B., 1968, p. 260.

7. Dont j'ai donné quelques aperçus au paragraphe précédent.

- admiration, dépendance, voire soumission, à l'égard du thérapeute « qui sait », en même temps que craintes face à ce pouvoir qui peut « nuire » (puisque par définition on ne peut le contrôler).

S'il est « celui qui peut aider à guérir », le thérapeute est aussi vécu comme celui qui suscite émotions et angoisse... On s'efforce donc de se préserver de lui, ou, moins directement, de « sa » méthode de traitement (ce qui entraîne agressivité et résistances à son égard). Même lorsque la thérapie progresse dans de bonnes conditions, les productions, les scénarios imaginés par le sujet, sont « donnés à voir » au thérapeute, toujours présent du début de la sophronisation jusqu'à l'analyse de ce qui s'y est déroulé.

Cependant, au fil des séances, le patient devra renoncer à sa dépendance au thérapeute, que cette dépendance se manifeste par soumission ou agressivité. Il chemînera dans le sens d'une autonomie personnelle au cours d'un processus, souvent long, durant lequel « il pourra chercher lui-même et découvrir les significations cachées de ses contractures ou de ses symptômes, prendre des initiatives concrètes au long de sa cure, et finalement se détacher du thérapeute sans être conduit à reprendre les symptômes initiaux » (Lemaire, 1964, p. 119).

Alliance sophronique et transfert

Il est pour moi évident que le thérapeute ne peut échapper au(x) transfert(s) de son client : du fait du décalage automatique existant entre spécialiste et patient comme je viens de le mentionner, mais surtout à cause des multiples et complexes liens, simultanés ou successifs, qui forgent la relation thérapeutique.

On ne peut donc que s'interroger face à la proposition d'établir *systématiquement* avec le client une *alliance*, comme le préconisent certains. Alliance qui serait une sorte de contrat de travail limité et relativement programmé dans le temps et surtout dans l'*espace affectif*. Il semble en fait qu'établir un tel « contrat » est avant tout s'efforcer de *mettre des limites* – des garde-fous ! – afin de ne pas se laisser déborder par des affects, des angoisses qu'on ne saurait personnellement contrôler.

N'oublions pas que, au moins dans notre langue, nous utilisons le terme « alliance » aussi pour dénommer l'*anneau* symbolisant *l'union de deux époux* ! J'é mets l'idée que ce souci de préserver une relation de coopération mutuelle, une relation en quelque sorte « humanisée » que représente l'alliance, peut être en fait une façon de se défendre face à des fantasmes, pulsions, relations, d'ordre prégénital ou génital, difficiles à soutenir, surtout si la formation psychothérapique du sophrologue n'est pas très avancée.

Une telle hypothèse m'est venue à l'esprit à la suite de la réflexion d'un sophrologue (gynécologue) qui affirmait candidement : « Moi, je travaille sur le présent... parfois sur le futur... jamais sur le passé ; je n'ai donc pas affaire au transfert ! » Sans autre commentaire, disons simplement que proposer une alliance est ainsi probablement tenter de « se concilier l'angoisse du patient afin de ne pas avoir à l'affronter » (Maurey, 1975, p. 321). Cela permet aussi d'éviter l'analyse de ses propres attitudes, *l'analyse contre-transférentielle*.

Établir une certaine complicité avec le client n'est de toute façon certainement pas éliminer l'aspect transférentiel, mais *induire* plutôt *un type de transfert* et s'efforcer de le maintenir. On bloque ainsi, du même coup, le sujet sur un registre hors duquel il ne pourra s'exprimer (par exemple agressivité à l'égard du thérapeute) en refusant que d'autres situations transférentielles s'engagent qui, reconnues, sinon interprétées, permettraient l'évolution du patient.

Note : De toute manière, ce n'est pas parce qu'on souhaite que s'instaure une alliance qu'elle s'établit de fait ! C'est peut-être le désir du thérapeute, mais la réalité des rapports est plus complexe.

Quelle sera donc l'attitude de ce même thérapeute lorsque des sensations très subjectives, des productions très archaïques, et les angoisses qui y sont liées, apparaîtront ? Rappellera-t-il au patient qu'il sort d'un « contrat », qui n'a été finalement établi que *par lui* !

Certains sophrologues ont tendance à « offrir » à leurs clients une méthode relativement « standardisée », à paliers progressifs... Cela répond, me semble-t-il, encore à la tentation de se mettre à l'abri des conflits individuels, en proposant des solutions « valables » pour tous...

La relation thérapeutique

Il serait finalement souhaitable que prime ce postulat que le patient en sait de toute façon davantage sur lui-même que quiconque. Le thérapeute l'aide seulement (et ce n'est pas si mal) à se révéler à lui-même ; il sert de repère à la progression, témoin du « bon » et du « moins bon ». Il « donne son accord à la partie la moins acceptable du sujet, cette angoisse sans solution immédiate » (Maurey, 1975, p. 325).

Le thérapeute laisse le patient se situer dans son angoisse, sans artifices défensifs (rituels, appareillages divers...), en lui laissant le temps d'élaborer « sa vérité », à son propre rythme. Il accepte de voir, d'entendre toutes les productions du sujet, sans se laisser envahir par l'angoisse du sujet, ni compatir avec complaisance à ses difficultés, ni le sécuriser à outrance.

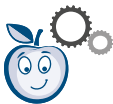
Note : Plus la relation avec le client sera ancrée dans la réalité, moins seront rendus possibles les rapports imaginaires et par là même la répétition, et l'élucidation, des attitudes inconscientes infantiles.

Charge au thérapeute de trouver la distance relationnelle la mieux aidante : ni trop près des affects et désirs du patient pour ne pas s'y engluer, ni trop loin afin qu'il ait quelque chance de les entendre. À lui de gérer au mieux, pour lui et son patient, ses propres attitudes contre-transférentielles.

Si les transferts et contre-transferts participent nécessairement au travail psychothérapique, il reste à préciser qu'en sophrothérapie, le transfert a sans doute le *statut* qu'on lui connaît dans les « psychothérapies d'inspiration analytique » : il est surtout *utilisé*, manipulé, plus que *décodé ou analysé*. La relation transférentielle, surtout au moment de l'« apprentissage » des techniques de détente corporelle, agit, comme le souligne J.-P. Hubert « médiatisée par le corps érotisé du patient » (p. 8). Elle n'est, *en général, pas verbalisée*, bien qu'elle puisse l'être lorsque cela est indispensable à la progression thérapeutique.

Dans la *cure analytique type*, tout est fait (neutralité, silence, règles d'abstinence et de libre association) pour que s'instaure le transfert : sa résolution entraînera l'évolution du sujet. En *sophrothérapie*, on a sans doute tendance à insister davantage sur le *contenu des productions* du sujet, véritable « troisième pôle » entre le thérapeute et le client : matériel à décoder, à intégrer, fait de sensations corporelles, d'images, d'émotions diverses.

J'aimerais, pour terminer, proposer trois exemples destinés à illustrer quelques points importants de ce chapitre. Le premier montrera comment une *importante régression* est parfois obtenue *dès la première séance*, en sophronisation de base ; cette régression qui mettra en évidence les données personnelles essentielles du sujet, est accompagnée de résistances et transfert.



CAS PRATIQUE

Le cas de Madame E.

Madame E. ne pouvait pas commencer sa détente ; elle riait nerveusement en disant : « J'ai l'impression de passer sur le billard. » Ses yeux ne pouvaient se fermer. « J'ai très peur, dit-elle, je suis sur mes gardes. »

Pourtant elle désirait poursuivre : « J'ai tout à y gagner, même si c'est dur ! »... « Je me cache quelque chose sûrement. »

Après quelques instants, elle parvint malgré tout à se détendre en relâchant peu à peu les différentes parties de son corps. Je lui ai alors demandé de laisser venir une image. Très rapidement, son index s'est levé pour indiquer son désir de « ressortir » sans tarder.

Que s'était-il donc passé durant ce premier essai apparemment peu concluant ?

Écoutons Madame E. : « Quand vous avez passé le corps en revue, j'étais dégoûtée... C'est surtout quand vous avez parlé de l'intérieur du corps... Mon intérieur me dégoûte... J'ai pas un beau corps... Pas de taille... » Autre point : « J'ai senti mon ventre très fortement, c'est peut-être la chose qui est le plus profondément à moi... Peut-être en tant que femme... »

L'image qu'elle a vue était d'abord sa fille – avec qui elle avait des problèmes relationnels. Mais très vite, à la place de son visage est apparue une autre situation : « C'était quand je suis passée sur le billard, pour un avortement, avant la naissance de ma fille... Je voyais la sage-femme qui me faisait une piqûre... Elle me disait : "Ca va ?"... Je me sentais faible... J'ai eu beaucoup envie de pleurer... »

J'aurai beaucoup de commentaires à faire au sujet de cette séance, mais je résumerai ce qui me paraît en former l'essentiel.

Dès le début, la position allongée donne lieu à des associations sur des idées ayant plus ou moins trait à la mort (« Je vais passer sur le billard »), en tout cas mort de l'« enfant » avorté (avortement qu'elle avait en réalité très mal assumé). Elle-même ne savait pas – et moi encore moins – qu'elle résistait dès le début à la venue de cette scène d'avortement. La sophronisation avait donc éveillé quelque chose de l'ordre de la mort, et s'était répété là une situation vécue – l'avortement – déplacée sur la situation de relaxation. Madame E. m'assimilera par la suite à cette sage-femme pouvant faire naître une « nouvelle vie », mais aussi « faire mourir » (ambivalence à mon égard).

La revue du corps, partie après partie, est particulièrement révélatrice du « dégoût » dont fait preuve Madame E. pour son corps et pour elle-même... Comme si elle était « mauvaise », « pas belle » en dedans. C'est un fait qu'elle se vivait fort négativement ; la relaxation mettait clairement à nu son énorme besoin de « revalorisation narcissique ».

Le remplacement spontané de l'image de sa fille par l'image de l'avortement d'un autre enfant, montre que peut-être cette fille était encore en train de supporter d'une façon ou d'une autre le poids de cet avortement (ou quelque chose en rapport avec la mort). Madame E. était en fait venue me voir pour les difficultés rencontrées avec sa fille ; cela avait été sa première demande.

On a donc pu observer, dès la première sophronisation, l'importance chez Madame E. du problème du rejet : elle avait une personnalité « abandonnique », a toujours été rejetée par ses parents, et placée en institution dès sa plus jeune enfance.

Elle a intériorisé une image « mauvaise » d'elle-même (« Si je suis tant rejetée, c'est que je ne suis pas digne d'être aimée ») ; d'où la forte dévalorisation de soi (« Je n'aime pas mon corps, il me dégoûte »)... Par répétition, Madame E. avait tendance à reproduire ce rejet chez sa fille. La scène de l'avortement (« un enfant qu'on ne désire pas ») était un condensé de sa problématique.

Le deuxième cas montre une régression narcissique, profondément vécue, véritable *rebirth* spontané, au cours d'une séance de relaxation dynamique individuelle.



CAS PRATIQUE

Le cas de Madame F.

J'ai demandé à Madame F, comme il est de coutume en RD1, de laisser venir devant elle l'image d'un objet naturel, en position de détente debout. Cet objet, a-t-elle dit par la suite, était un panier décoratif qui, au fur et à mesure des exercices, s'arrondissait.

Placée en position allongée, j'indiquais : « Vous avez toujours cet objet en face de vous et vous laissez venir des images à partir de cet objet... »

Elle dit : « C'est un panier... Je suis un œuf... Tout chaud... Merveilleuse sensation... (*long silence, visible « béatitude »*)... (*je l'incitais à poursuivre*)... Le panier a trois œufs... Je jaillis de l'œuf... C'est un tourbillon autour de moi et la pièce tourne dans l'autre sens... Comme Aladin... C'est une pièce très ensoleillée... »

Moi, après quelques instants :

« – Y a-t-il autre chose ? »

– ... Oui, mes parents... Ils ne disent rien... Sauf mon père, il dit : “Encore une fille !”... Il ne m'aime pas, mais il n'aime personne en réalité... Je me sens très grande, démesurée, et eux tout petits... »

Un moment après, je lui ai demandé de retrouver les limites réelles de son corps, son vécu de détente, et d'opérer à son rythme la reprise habituelle. J'avais senti qu'elle avait complètement vécu ce qui venait de se passer ; elle en était bouleversée, très heureuse car elle avait toujours pensé que sa naissance avait été « une catastrophe ».

Elle avait là, au contraire, perçu cette naissance comme « une libération ». Elle paraissait du reste absolument convaincue qu'elle venait de vivre les sensations exactes qu'elle avait réellement eues à sa naissance. À tort ou à raison ? Qu'importe...

Elle avait été particulièrement émue par la présence des deux autres œufs dans le panier : « C'étaient mes sœurs, et on était toutes les trois “dans le même panier”. » Un de ses problèmes en effet était qu'elle avait été élevée « à part », hors de sa famille, loin de ses sœurs, et qu'elle avait pris cela comme un rejet de la part de ses parents. Elle avait envié le sort de ses sœurs qui étaient restées dans sa famille ; mais, au fond, pensait-elle maintenant, elles n'avaient pas été plus favorisées qu'elle.

Sans aller plus avant dans le détail de ce cas, on soulignera ici la forte régression, autant physique que psychique, mêlant émotions et sensations accompagnant la naissance.

On notera enfin l'état de « bien-être sans faille » (« œuf tout chaud », etc.) et aussi du sentiment d'être « très puissante », sans limites corporelles très nettes (« Je me sens très grande, démesurée... »).

Le dernier cas illustre la progression d'une jeune femme, suivie en institution.



EN PRATIQUE

Le cas de Madame G.

Les régressions sophroniques du début étaient, chez cette personne, accompagnées de vives angoisses de perte d'identité ; on suivra son évolution vers le développement de cette « image interne rassurante », de cette « restauration narcissique », dont j'ai parlé tout au long de ce travail.

Les cinq ou six premières séances – « simples » sophronisations de base – ont été dominées par une angoisse de perte d'identité et de mort. Madame G. déclarait en effet : « Avant (de faire de la relaxation), j'avais des émotions, maintenant, je n'en ai plus... Je ne me reconnais plus... J'ai peur de n'être plus la même, de ne plus me retrouver... »

Sur le plan physique, son angoisse était focalisée sur le cœur (« douleur au cœur », « peur qu'il s'arrête de battre »), pendant et hors des séances. J'analysais de mon côté tout ceci comme une peur de perte d'identité individuelle et une angoisse de mort, le cœur symbolisant à la fois la partie « centrale » de l'être et l'organe de vie par excellence. L'angoisse de mort était manifeste en outre dans sa lutte chaque soir contre le sommeil : elle avait peur de ne plus se réveiller le lendemain.

Madame G. n'avait à cette époque aucune perspective positive quant à son avenir et craignait de perdre ce qu'elle était – même si elle en souffrait – sans rien avoir à « mettre à la place ». J'ai alors centré mes interventions, et mes suggestions au cours des sophronisations, sur le fait que dans le fond elle resterait la même, et que les modifications qu'elle connaîtrait l'amèneraient surtout à s'aimer mieux, et à s'accepter d'abord comme elle était.

Madame G. affirmait après les séances « beaucoup apprécier » que je lui dise qu'elle allait se retrouver. Elle commença peu après non seulement à « se retrouver », mais en mieux, avec des sensations de détente beaucoup plus agréables, et se découvrant un corps susceptible de lui procurer du bien-être, sinon encore du plaisir. Elle prit aussi davantage confiance en elle-même et, à la huitième séance, me dit ne plus avoir d'insomnies : « Je m'endors le soir et me réveille que le lendemain... Il y a longtemps que ça ne m'était pas arrivé ! »

Si l'on résume ce début de progression, il me semble bien qu'il aille dans le sens d'une restauration narcissique, avec le dépassement d'angoisses liées à la mort. À ce stade, j'étais, quant à moi, vécu très différemment par rapport au début : je n'étais plus « tout-puissant », ni uniquement « destructeur ».

Suivit une période de deux mois environ où Madame G. put acquérir les différentes sensations du *training* autogène de Schultz (1^{re} partie), qu'il m'a paru

souhaitable d'utiliser pour confirmer cette image de soi « rassurante », et améliorer son estime d'elle-même.

Développement du *bon objet interne*, en liaison sans doute avec la perception du thérapeute vécu aussi « plus aimant que rejetant ».

Lors des toutes dernières séances, alors que Madame G. allait bientôt quitter l'institution qui l'hébergeait, j'ai pu observer un réel changement de registre, avec la prévalence de thèmes, et d'un transfert, de registre plus œdipien. Madame G. venait d'apprendre que mon épouse était enceinte. Elle me fit part à l'avant-dernière séance d'une série de rêves reprenant tous le même thème : elle attendait un enfant.

À la dernière séance, Madame G. me fit part de son envie de poursuivre son évolution, après sa sortie de l'établissement, avec l'aide d'un thérapeute de son secteur de résidence... Façon peut-être de compenser la perte de la relation qui s'était nouée entre nous, mais surtout, m'a-t-il semblé, expression de son désir de se « construire », d'avancer dans sa progression personnelle.

Cette progression dont nous avons suivi les débuts en sophrothérapie, avec la résurgence de difficultés liées à l'identité individuelle, puis leur dépassement avec la reconquête d'un soi plus « confiant » où prévalent les pulsions d'amour... S'il restait beaucoup à faire, la relaxation a permis un point de départ puis une ouverture psychothérapique.



GROS PLAN

La sophrologie vise à harmoniser les différents secteurs du fonctionnement psychique et à restaurer l'équilibre dans l'investissement des trois grands registres de la personnalité :

- le mental ;
- le corporel ;
- le comportemental.

Un de ses principaux avantages tient à son abord global de la personnalité. Renonçant à tout clivage, elle paraît particulièrement apte à favoriser le réinvestissement des secteurs déficients, et à rétablir la « libre circulation » d'une énergie psychique fixée sur tel ou tel registre du fonctionnement personnel.

La sophrologie a également pour mérite de ne pas négliger cette communication non verbale essentielle : le langage du corps. On sait combien les mots sont souvent utilisés défensivement pour masquer les vrais problèmes. Le sophrologue doit apprendre à observer ce que le corps

donne à voir, en même temps qu'écouter ce que les paroles laissent entendre.

La pratique clinique nous indique l'importance d'une bonne élaboration du schéma corporel, la prégnance des fantasmes liés au corps, ainsi que la fréquente nécessité de restaurer chez nos patients cette « image de soi » si souvent mise à mal.

J'espère avoir montré, dans les pages qui précèdent, l'intérêt de nos méthodes pour favoriser cette restauration, en mettant l'accent sur l'efficacité conjointe de l'approche corporelle, des images mentales et de la verbalisation.

5. Bibliographie

- CAYCEDO A. (1979). *L'Aventure de la sophrologie*, Paris, Retz.
- FREUD S. (1975). *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 5^e éd.
- GEISSMANN et DURAND DE BOUSINGEN (1968). *Les Méthodes de relaxation*, Bruxelles, Bessart.
- HUBERT J.-P. « Alliance sophronique, fantasme ou réalité ? », *Sophrologie médicale*, n° 1, p. 1-10.
- LAGACHE D. (1965). « Le Modèle psychanalytique de la personnalité », *Les Modèles de personnalité en psychologie*, Paris, PUF, BSI, p. 91-117.
- LAPLANCHE J., Pontalis J.-B. (1973). *Vocabulaire de psychanalyse*, Paris, PUF, 4^e éd.
- LEMAIRE J.-G. (1964). *La Relaxation*, Paris, Payot.
- MAUREY G. (1975) in LAUNAY J., LEVINE J., MAUREY G., *Le Rêve-éveillé dirigé et l'Inconscient*, Dessart et Mardaga.
- SAMI-Ali (2010). *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod.

Chapitre 19

Sophrologie et soins infirmiers

NATHALIE HERREMAN

Sommaire

- | | |
|--|-----|
| 1. Bref rappel sur la profession d'infirmière..... | 409 |
| 2. La place de la sophrologie dans la démarche de soins..... | 411 |
| 3. L'intégration de la sophrologie au sein des prestations
infirmières : avenir et limites..... | 432 |
| 4. Bibliographie..... | 434 |

1. — Bref rappel sur la profession d'infirmière

L'infirmière a un rôle d'exécutante et d'auxiliaire, comme le précise la loi du 8 avril 1946, première loi dans la législation française¹ rendant obligatoire l'obtention du diplôme d'État pour exercer la profession et définissant légalement l'infirmière (auparavant il s'agissait de décrets)². Sa formation et sa pratique professionnelle sont alors orientées sur la maladie et les techniques de soins.

Puis, progressivement, grâce au développement des sciences humaines dans les années 1950-1970, va intervenir une nouvelle notion : celle de la connaissance de l'homme sain. Petit à petit, le patient ne sera plus considéré uniquement dans sa dimension pathologique mais comme une entité unique dont il faut tenir compte et qu'il faut soigner dans sa globalité. Des chercheurs tels qu'Abraham Maslow et son approche humaniste des besoins de la personne ou bien encore l'infirmière Virginia Henderson et sa théorie des quatorze besoins fondamentaux ont largement

1. Loi du 8 avril 1946 du Code la santé publique, livre IV, titre II, article L. 473.

2. « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière toute personne qui donne habituellement dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits par le médecin. »

contribué à cette nouvelle approche. Ils sont d'ailleurs toujours des références dans la formation des professionnels des soins.

La formation infirmière, outre le savoir médical, va dès lors prendre une nouvelle orientation axée sur la connaissance et la compréhension de l'ensemble des besoins de la personne : on parle de prise en charge globale du patient en tenant compte de la relation corps-esprit... concept que l'on retrouvera en sophrologie.

La fonction infirmière va donc se partager en deux branches juxtaposables et complémentaires : le rôle prescrit et le rôle propre. En effet, à côté des actes dispensés sur prescription médicale, avec ou sans présence du médecin, qui relèvent du rôle prescrit, l'infirmière est amenée à mettre en œuvre des actes propres et à les réaliser dans le cadre de son activité professionnelle. Cette notion de rôle propre est reconnue en 1978 par la législation qui donne alors une nouvelle définition de l'infirmière. Lui sont alors reconnues autonomie et capacité de jugement et d'initiative. Cette autonomie va bien sûr de pair avec la responsabilité qui lui incombe dans la prise des décisions ainsi que dans leur réalisation.

La profession infirmière a donc considérablement évolué... et la législation s'est mise au diapason. Par ailleurs, son champ d'action ne se limite pas au curatif, mais il englobe également les volets préventifs et palliatifs. Si l'on se réfère aux textes de loi, la profession d'infirmière se définit aujourd'hui de la façon suivante : « L'infirmier preste des soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs qui sont de nature relationnelle, technique ou éducative³. »

Les tâches infirmières sont donc diverses et variées mais ont toutes pour objectif une prise en charge individuelle et personnalisée du patient afin de protéger, maintenir, promouvoir et restaurer son état de santé... Vaste programme.



DÉFINITION

« Soigner » signifie non seulement traiter une maladie ou réparer un organe ou une fonction avec des soins techniques, mais cela signifie aussi assurer la continuité de la vie en tenant compte de la répercussion de la maladie sur les besoins de l'individu. Le but poursuivi est de le conduire vers la récupération totale ou partielle de son autonomie afin de retrouver un bon état de santé qui selon l'OMS se définit « comme un état complet de bien-être physique, psychologique et social et non pas comme l'absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948).

.....

3. Règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier.

Le rôle propre définit donc l'ensemble des activités autonomes qui permet à l'infirmière de prendre des initiatives et des décisions dans les limites de ses compétences basées sur les structures du savoir (les connaissances), savoir-faire (les compétences), savoir-être (le mode de fonctionnement) et savoir devenir (capacités d'évolution). Cela implique la notion de responsabilité de la totalité du processus.

Ce processus se doit donc d'être bien codifié et suit une méthodologie prédéfinie.

2. La place de la sophrologie dans la démarche de soins

Lors de la prise en charge d'un patient, l'infirmière se doit d'élaborer un plan de soins suivant une démarche scientifique rigoureuse. Il s'agit d'une méthode d'analyse de situation et de résolution de problèmes permettant une prise en charge personnalisée et adaptée du patient dans sa globalité. Cette prise en charge se fait en tenant compte des ressources propres du patient, de son entourage et des possibilités de soins à mettre en œuvre.

Fiche Plan de soins infirmiers

Recueil de données

L'infirmière va réaliser un recueil de données ou anamnèse, qui lui permettra d'évaluer les besoins du patient et ses attentes. Cette phase indispensable sera comme un cliché de la situation du point de vue clinique, social et environnemental.

Interprétation des données et définition des objectifs

Viennent ensuite l'analyse et l'interprétation de ces données. Cette étape va clarifier les problèmes et permettre l'élaboration du diagnostic infirmier. Suivra l'énoncé des buts et objectifs à atteindre afin de résoudre les problèmes précédemment énoncés.

Ces objectifs se doivent d'être réalistes et impliquent une notion de délai pour l'obtention des résultats. Ils nécessitent par ailleurs d'y associer la personne soignée afin d'obtenir son adhésion et sa participation au processus de soins dans la mesure de ses possibilités et en tenant compte de ses ressources propres. Ces buts et objectifs serviront de référence pour l'évaluation des résultats. Les actions seront alors définies, recensées et mises en œuvre en regard des objectifs fixés.

Évaluation des résultats

La dernière étape est l'évaluation des résultats qui va permettre de juger de l'évolution de la personne soignée, de l'atteinte des objectifs et ainsi d'apprécier l'efficacité des actions.



GROS PLAN

La démarche infirmière permet de :

- comprendre une situation de santé donnée ;
- construire un projet de soins individualisé en fonction des besoins de la personne dans sa globalité ;
- élaborer un plan de soins permettant un travail en interdisciplinarité ;
- évaluer les résultats.

Ce processus sera appliqué au protocole sophrologique que l'infirmière sophrologue mettra en œuvre pour la prise en charge de son patient. Ce langage « universel » et commun aux infirmières facilitera grandement l'intégration de la sophrologie au plan de soins... et par extension la compréhension de ce type de prise en charge au sein de l'équipe soignante.

Si l'on passe en revue le cheminement d'une prise en charge en sophrologie, on s'aperçoit rapidement qu'il est très proche de la démarche en soins infirmiers. L'anamnèse, *via* le recueil de données, permet aussi de définir non seulement les besoins mais également les attentes de la personne et ainsi de clarifier les buts et objectifs (on parle également de cibles) attendus à la fois pour le sophrologue et pour le patient. Cela va permettre d'avoir une cohérence dans la prise en charge.

En sophrologie on parle de « contrat ». Si cette étape n'est pas respectée, la prise en charge sophrologique est bien souvent vouée à l'échec car les objectifs poursuivis ne seront pas les mêmes pour les deux parties... et les attentes divergeront.

Cette notion d'accord se retrouve également dans la prise en charge infirmière (lorsque l'état de vigilance du patient le permet bien sûr) et, là aussi, il favorise l'atteinte des objectifs car une participation active et une adhésion du patient au processus de soins potentialisent les effets positifs de ceux-ci.

Note : Toutefois, si en sophrologie rien ne peut être entrepris sans l'adhésion du patient, ce n'est pas le cas dans la démarche de soins où l'on se trouve parfois face à des patients qui sont dans l'incapacité physique, intellectuelle ou psychique de donner leur accord ou de participer. Cela ne dispense toutefois pas de faire part à la personne soignée, quel que soit son état, des objectifs des soins. Par extension cela peut également se faire vis-à-vis de l'entourage (enfants, personnes comateuses...) car rappelons que la prise en charge tient compte des ressources propres du patient mais également de celles de son entourage.

Ensuite, la définition des objectifs en tenant compte des contraintes de la personne, de son environnement, de ses limites va permettre d'obtenir des résultats concrets,

même s'ils sont parfois ténus, plaçant la personne dans une spirale positive de réussite.

Cette notion de réalité objective renvoie également au sophrologue, à ses compétences et à ses propres limites... il en est de même pour la pratique de l'infirmière, qui dans son plan de soins et dans la mise en œuvre de celui-ci, doit agir en tenant compte de ses propres limites, de ses propres normes et doit fonctionner en interdisciplinarité avec les autres partenaires de la santé.

Le respect de ces limites est sans nul doute plus facile pour le personnel soignant car la législation en a bien codifié le champ d'action (voir les listes d'actes dans la législation). Cela est beaucoup plus difficile pour le sophrologue que la législation ignore complètement tant du point de vue de la formation que du point de vue des compétences. La pratique de la sophrologie demande donc intégrité et honnêteté dans la reconnaissance de ses limites de la part du sophrologue.

Une fois les objectifs déterminés et l'adhésion du patient obtenue, l'infirmière-sophrologue va pouvoir mettre en place le travail sophrologique proprement dit et proposer à son patient les différents outils qu'elle choisira en fonction des résultats attendus. Cette étape fait partie à part entière de la réalisation des soins et doit être incluse au plan des actions que l'on va retrouver dans le dossier infirmier du patient.

L'étape suivante que constitue la phénodescription avec le partage du vécu de la séance par le patient est propre à la sophrologie. Cette description du vécu ne se retrouve pas de façon aussi explicite dans la prise en charge infirmière, même si l'infirmière s'enquiert de la façon dont le patient a vécu les soins. Cela se fera plutôt dans la direction de la perception de la douleur et de l'inconfort mais très rarement dans la notion de perception proprement dite et de ressenti comme cela se fait au cours d'une séance de sophrologie. Elle n'est en tout cas pas systématisée en ce qui concerne le vécu proprement dit, sauf si celui-ci est le résultat attendu en fonction des objectifs prédéfinis. (Comme c'est souvent le cas en ce qui concerne par exemple la prise en charge de la douleur du patient où le ressenti constitue alors un objectif de soins).

L'ultime étape est l'évaluation des résultats en regard des objectifs prédéterminés, aussi bien pour les soins infirmiers que pour la séance de sophrologie. Face à ces résultats, on définira de nouveaux objectifs ou bien on modifiera les actions si les premiers n'ont pas été atteints. Il s'agit donc d'un processus évolutif avec une remise en question régulière.

Le constat de similitude dans les deux types de prise en charge s'impose de lui-même. Dès lors, l'utilisation de la sophrologie dans le cadre de la démarche infirmière peut se faire de façon très aisée et fluide. C'est donc tout naturellement que l'infirmière

sophrologue va intégrer ses compétences propres dans la prise en charge de ses patients, de façon identique à ses collègues en mettant simplement les outils sophrologiques à disposition du patient et du personnel soignant.

Quelle place la sophrologie peut-elle occuper dans la prise en charge infirmière ?

Dans la définition de l'infirmière, on s'aperçoit que celle-ci est amenée à dispenser des soins curatifs, préventifs et éducatifs aux patients.



GROS PLAN

La sophrologie et les soins

En sophrologie, on observe plusieurs orientations avec, entre autres, deux branches qui recourent les domaines d'exercices des infirmiers :

- **La sophrologie médicale ou sophrothérapie** : elle est alors « utilisée comme outil complémentaire associé à une ou plusieurs compétences » (Gautier 2008, p. 46). Sans se substituer au traitement, elle va permettre au patient de potentialiser et de « stimuler ses capacités d'adaptation et d'auto-guérison tant sur le plan psychologique que physique » (p. 47). De façon ponctuelle les capacités de lâcher-prise, de mise à distance, de contrôle de la respiration... seront utilisées afin de permettre au patient de bénéficier des soins de la façon la plus confortable possible.
- **La sophrologie pédagogique** : elle concerne là tout ce qui est du domaine de l'apprentissage au sens large du terme. Prenant en compte l'individu dans sa globalité (comme l'approche infirmière) elle va favoriser l'acquisition par le patient des trois compétences requises lors des apprentissages : le savoir, le savoir-être et le savoir-faire.

La place que peut occuper la sophrologie dans le cadre des soins infirmiers se fera donc de façon préférentielle à travers ces deux orientations.

En s'appuyant sur la sophrothérapie, l'infirmière sophrologue pourra donc, dans le cadre de son rôle propre, mettre en place des techniques de relaxation non médicamenteuses visant à apporter confort et bien-être au patient.

QUAND APPLIQUER LA SOPHROLOGIE ?

La sophrologie pourra être appliquée pour la réalisation de soins douloureux ou appréhendés par le patient dans le but de diminuer les tensions et d'apaiser l'anxiété. Cette application se fera de façon ponctuelle pour un soin donné à un moment bien précis.

L'infirmière sophrologue pourra, avant les soins ou la prise en charge, proposer au patient une séance de relaxation. Par la suite, l'accompagnement se fera au cours du soin. Le choix de la technique sera orienté en fonction de l'anamnèse du patient bien évidemment. Par exemple l'utilisation des techniques respiratoires ne sera pas proposée en première intention à un patient souffrant de problèmes pulmonaires. Il est clair que dans ce cas, au lieu d'obtenir une mise à distance des problèmes, on confrontera directement le patient à sa pathologie... avec le risque d'exacerber les symptômes.



IMPORTANT

L'application des techniques sophrologiques se fera de façon éclairée par l'infirmière qui les utilisera sur la base de ses compétences professionnelles. Une bonne connaissance des outils de sophrologie et de leurs applications est donc indispensable pour assurer au patient une prise en charge optimale et personnalisée.

La boîte à outils sophro regorge de techniques multiples comme la relaxation musculaire directe ou indirecte, l'imagerie mentale, les techniques respiratoires, le training autogène modifié, les relaxations dynamiques, etc. L'une n'est pas forcément meilleure que l'autre... La sophrologie va donc permettre d'obtenir une relaxation du patient à la fois physique et psychique qui va faciliter l'exécution des soins tant pour le personnel soignant que pour le bénéficiaire.

Par ailleurs, l'utilisation de la sophrologie permet d'obtenir une participation active du patient au processus de soins et lui offre ainsi la possibilité d'avoir une emprise sur son corps qui, lorsqu'il est dans les « mains des soignants », lui échappe totalement ou en partie. Mais la bonne volonté ne suffit pas et il ne faut pas considérer comme un échec un manque de résultats. L'évaluation de ceux-ci va permettre de mettre à jour les causes qui peuvent être variées.

COMMENT APPLIQUER LA SOPHROLOGIE ?

Le patient, bien que positif à cette approche, peut présenter certaines résistances à la relaxation. Il sera alors important de l'aider à exprimer son ressenti afin qu'il ne

se sente pas en situation d'échec et de culpabilité. La phénodescription prend ici toute sa valeur d'outil d'évaluation. Il est également possible que l'approche sophrologique ne lui convienne pas. La technique utilisée peut également s'avérer inadaptée à la situation ou à la personne. Une évaluation permettra de réorienter l'approche pour une séance suivante.

Les conditions dans lesquelles est réalisé l'acte ont également une influence. Il est important d'impliquer les autres acteurs du soin. En effet, même si un environnement parfaitement calme est difficile à obtenir au sein d'une unité de soins, un minimum de précautions est cependant requis. Il est donc important de signaler sur la porte de la chambre qu'une séance de sophrologie est en cours, afin d'éviter les entrées et sorties inutiles. De même, il est recommandé aux personnes présentes dans la pièce d'être le plus discrètes possible.

Une autre raison du manque de résultat est cette double fonction qu'a l'infirmière sophrologue. Dans la situation idéale, il y a deux acteurs de soins, d'une part l'infirmière chargée de la séance de sophrologie, d'autre part celle chargée de l'exécution du soin. La réalité est souvent toute autre et c'est « une double-casquette » que va porter l'infirmière qui devra se charger des deux volets de l'acte. Si pour réaliser des soins d'hygiène et des mobilisations c'est envisageable facilement, il faut bien se rendre compte que, pour certains soins plus délicats dans leur réalisation, la tâche va être plus ardue.



IMPORTANT

C'est en regard du principe de réalité objective que devra se faire la séance de sophrologie... ou pas.

Exemples pratiques de l'utilisation de la sophrologie dans le cadre d'une prise en charge infirmière

La première se fait dans le cadre d'une consultation d'endoscopie digestive pour la **réalisation de coloscopies**. Il s'agit là d'une prise en charge ponctuelle qui permet à l'infirmière d'exercer son rôle propre et de mettre en œuvre des actions de soins visant à une prise en charge non médicamenteuse de l'anxiété du patient.

La seconde se fait dans le cadre d'une prise en charge globale et au sein d'une équipe travaillant en interdisciplinarité auprès de patients souffrant d'**acouphènes chroniques** invalidants. Le rôle infirmier va, dans ce cas, s'inscrire dans une prise en charge éducative du patient.

CADRE DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Dans ce contexte, le patient va bénéficier d'une séance unique dans le but d'obtenir un état optimal de relaxation. On n'est pas dans un processus d'apprentissage et l'objectif n'est pas d'obtenir une action qui va s'inscrire sur la durée mais un résultat immédiat.

La coloscopie est un examen du tube digestif qui consiste à examiner le côlon à l'aide d'un tuyau souple muni d'une caméra (le coloscope). Il s'agit d'un acte diagnostique (c'est-à-dire qu'il va permettre d'exclure ou de déceler une pathologie) ou thérapeutique (possibilité de traiter les polypes, les hémorragies...). Cet examen est fréquemment vécu comme difficile par le patient. Souvent inconfortable, il peut devenir douloureux par moments et provoquer des douleurs de type coliques ou crampes. L'air insufflé au cours de l'examen rajoute à l'inconfort du patient en lui causant une impression de ballonnement. Du point de vue psychologique, la voie d'abord empruntée pour la réalisation de l'examen (voie anale) provoque une appréhension et un malaise bien compréhensibles de la part du patient.

C'est donc à des personnes tendues, anxieuses et inquiètes par rapport à l'examen lui-même et aux résultats qu'est confrontée l'équipe de soins en endoscopie. Or il est très important pour la facilité de l'examen (tant pour le médecin que pour le patient) que le côlon soit le plus détendu possible. En effet un intestin contracté et sous tension va offrir des résistances au coloscope, qui rappelons-le, examine le tube digestif à contresens du sens physiologique du transit.

Ces résistances vont être la cause de douleurs... Douleurs qui elles-mêmes vont augmenter les contractions de l'abdomen et du côlon. On va donc s'installer dans une sorte de cercle vicieux qui sera difficile à rompre et qui rendra l'examen très douloureux, voire impossible si rien n'est proposé au patient.

Bien souvent on propose donc une anesthésie générale (le patient est placé sous assistance respiratoire) ou une sédation profonde (le patient est profondément endormi) sous la surveillance d'une équipe d'anesthésie. Ces techniques nécessitent alors une hospitalisation pour la journée avec, au préalable, des examens préparatoires. Cette prise en charge va permettre d'obtenir une détente complète du patient ainsi qu'une action antalgique.

Une alternative est la prémédication (injection de produits calmants sous surveillance médicale). Le patient n'est alors pas complètement endormi mais ses réactions sont ralenties. Il faut savoir que cette approche n'offre pas une analgésie comme l'anesthésie générale. L'intérêt est d'aider le patient à se détendre. Cela implique également une surveillance post-examen de quelques heures avec, dans tous les cas,

l'impossibilité pour la personne de reprendre son véhicule personnel pour le retour à domicile. Il s'agit donc de procédures assez lourdes.

On rencontre parfois des patients qui ne désirent pas rester la journée en hospitalisation pour raisons familiales ou professionnelles, ou bien qui ont peur des anesthésies. De même lorsque l'examen doit se faire en urgence, le temps d'une mise au point anesthésique n'est pas toujours possible. Enfin, il y a des personnes qui tout simplement veulent tenter la coloscopie sans aucune injection.

Face à ces patients, l'infirmière formée à la sophrologie peut proposer une prise en charge adéquate. Les outils sophrologiques dont elle dispose vont permettre au patient de se détendre, de lâcher-prise. C'est donc l'utilisation de la sophrologie dans son volet relaxation (relaxation musculaire directe ou indirecte, imagerie mentale...) qui est préconisée dans cette approche.

CONCRÈTEMENT COMMENT SE PASSE LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SE PRÉSENTANT POUR UNE COLOSCOPIE ?

L'expérience a été menée au sein du service d'endoscopie digestive du centre hospitalier de Luxembourg (sur le site de la clinique d'Eich). Le médecin qui voyait préalablement ses patients en consultation proposait à ceux qui ne souhaitaient pas d'anesthésie ou désiraient une alternative la possibilité de réaliser l'examen avec une infirmière-endoscopiste formée à la sophrologie. C'est donc des sujets ayant marqué leur accord préalable qui ont été pris en charge.

Fiche

Détail de la prise en charge

Anamnèse

Comme pour tout examen, une anamnèse infirmière orientée est réalisée. Celle-ci porte naturellement sur les antécédents du patient, son traitement à domicile, etc., mais il est également important de savoir si le patient a des prérequis en matière de relaxation (yoga ou autre) ce qui permettra le cas échéant de faire appel aux ressources disponibles. Le patient est également invité à exprimer son ressenti vis-à-vis de l'examen (craintes, appréhension...). Ce recueil de données va permettre d'élaborer le plan de soins et de définir les objectifs.

Information du patient

Le patient est ensuite **informé**, si besoin est, du déroulement de l'examen endoscopique lui-même. L'infirmière lui explique alors l'intérêt d'être détendu au cours de l'examen. Il est bien précisé que la perception de douleurs est toutefois possible au cours de la coloscopie, mais que celle-ci pourra être modérée grâce à la détente et à l'utilisation de l'outil respiratoire. Il est primordial que le patient sache à quoi s'attendre au cours de l'examen afin de créer un climat de confiance.

Une explication succincte de la sophrologie est ensuite donnée. Elle est présentée comme un ensemble de techniques qui vont lui permettre d'accéder à un état de relaxation et de bien-être qui favorisera le relâchement de sa musculature abdominale ainsi que celui des muscles lisses des intestins.

Bien souvent, le patient verbalise sa crainte de ne pas savoir se relaxer. Il est alors très important de lui dire qu'il a en lui cette possibilité et que le rôle du sophrologue sera de l'accompagner, de l'aider à aller chercher dans ses propres ressources cette capacité d'accéder à la relaxation musculaire et psychique. Le patient se sent alors impliqué dans sa propre prise en charge et acteur à part entière de celle-ci.

Installation du patient

Il est ensuite **installé dans la position de l'examen**, c'est-à-dire couché sur le côté gauche. L'infirmière se positionne à proximité de la tête du patient. L'induction peut alors commencer.

Dans un premier temps il est **invité à fermer les yeux** pour mieux se couper des stimuli visuels. **L'attention est portée sur la respiration**, on lui propose alors de ressentir l'air qui entre et sort, les différences de température de celui-ci.

Au besoin, on lui suggère d'humecter les narines de façon à ce que cette perception soit plus facile et concrète. Cette phase est essentielle car le patient va ainsi se focaliser sur une zone de son corps qu'il peut contrôler, ressentir de façon agréable. Cela va permettre d'avoir un point d'ancrage qui sera utile lors de l'examen pour l'amener à une défocalisation de son abdomen et l'aider à se recentrer si un inconfort ou des douleurs trop importantes surviennent.

Quelques respirations plus profondes sont ensuite suggérées avant un retour à un rythme naturel, régulier et spontané.

La sophronisation

Vient ensuite la **sophronisation de base** avec au préalable un ressenti des différents points d'appui du corps sur la table d'examen. Là aussi le but est de placer sa conscience dans les zones du corps qui ne feront pas l'objet de l'investigation. Le relâchement progressif des différents groupes de muscles doit se faire de façon détaillée car il ne faut pas perdre de vue que pour la grande majorité des personnes il s'agit de la première expérience de sophrologie. L'observation du patient et de ses réactions est primordiale afin de juger du degré de relaxation. Un relâchement du visage, la déglutition, une respiration qui s'installe de façon plus basse au niveau de l'abdomen, la présence de borborygmes (gargouillis) sont autant de signes qui indiquent la baisse du niveau de vigilance et permettent de juger du moment opportun de l'activation intra-sophonique.

On pourra ensuite accompagner le patient dans sa respiration de sorte qu'il la pose de façon naturelle et qu'il l'expérimente comme un rythme régulier avec des sensations agréables. Cette **présence à la respiration** permet déjà l'installation d'une certaine détente pour les patients n'ayant jamais expérimenté le travail du corps.

Une fois le niveau de baisse de vigilance acquis, on l'invite à **laisser venir sur son écran mental l'image** d'une plage avec le mouvement de flux et reflux de l'eau ou bien encore les battements réguliers des ailes d'un papillon. Le choix de l'image mentale se fera en fonction de l'anamnèse car il est bien évident que si le patient présente certaines phobies vis-à-vis

d'une chose ou l'autre on va partir dans une autre direction. Un **signal** sera également convenu avec le patient (par exemple lever l'index) pour signaler l'apparition de cette image. La notion de mouvement sous forme d'un va-et-vient va permettre de travailler en **sophro-respiration synchronique** et favoriser le lâcher-prise.

« Vous laissez venir à votre esprit l'image d'une plage que vous connaissez ou que vous imaginez. Lorsque vous avez cette image sur votre écran mental, signalez-le par un signe du doigt... Sur cette plage les vagues vont et viennent. Vous les observez et vous placez maintenant votre respiration sur ce mouvement des vagues. Avec la vague qui monte vous inspirez, puis doucement lorsqu'elle s'éloigne au large vous expirez tranquillement, sans forcer. Puis à nouveau cette vague revient... Puis s'éloigne.

Vous vous installez dans ce mouvement de va-et-vient, votre rythme respiratoire suit ce mouvement, naturellement, sans aucun effort...

Vous pouvez peut-être aussi sentir la chaleur du soleil sur votre peau, sur vos bras, sur vos jambes... Une chaleur agréable et relaxante. Votre corps s'installe un peu plus profondément dans la détente... »

On laisse ensuite le temps au patient de s'installer dans cette situation (en général 2 à 3 minutes suffisent) tout en poursuivant le *terpnos*.

L'examen peut alors commencer. Il est très important que le médecin attende le moment adéquat pour démarrer l'examen. De même le patient doit être prévenu également avant le début proprement dit, ceci afin d'éviter un effet de surprise et une désynchronisation brutale.

« Nous allons maintenant commencer l'examen. Vous allez simplement sentir que le médecin travaille mais vous pouvez tout naturellement continuer à respirer tranquillement, au même rythme, sur l'image de la vague ou des battements réguliers des ailes du papillon. Vous ressentez toujours la chaleur du soleil et la détente de votre corps. Sensation de chaleur, sensation de légèreté ou de lourdeur... (on demande au patient d'indiquer avec son index quand il est bien dans sa sensation positive)... Votre visage est calme, votre front lisse... votre côlon est tout aussi détendu... Vous sentez simplement peut-être que l'on travaille au niveau de votre abdomen mais vous placez toute votre conscience dans le ressenti de vos points d'appuis sur la table, dans la perception du mouvement de votre cage thoracique qui bouge au gré de votre respiration, cette respiration régulière et apaisante... »

L'observation du patient est également primordiale. Il faut être attentif au moindre signe de douleur. Cette évaluation visuelle se fait sur base des critères d'évaluation standards de la douleur (par exemple échelle doloplus-2 permettant l'évaluation d'un patient dans l'incapacité de communiquer).

En présence de douleurs ou d'inconfort majeur, il est alors très important de suspendre un moment la progression du coloscope afin de retrouver un niveau de détente et de relâchement permettant la poursuite de l'examen. La collaboration avec le médecin est donc primordiale.

« L'examen devient inconfortable pour vous. Nous allons stopper un moment pour vous permettre de retrouver votre état de détente. Pratiquez de nouveau quelques respirations plus profondes. Inspirez... Suspendez l'air un moment... puis expirez longuement... vous maîtrisez parfaitement votre respiration... Vous ressentez finement les mouvements de votre cage thoracique, de votre abdomen dans lequel vient tout naturellement se placer votre souffle... Faites cela encore une ou deux fois puis revenez à une respiration normale, régulière, spontanée... Continuez maintenant à respirer au rythme des vagues qui vont et viennent... Sentez bien le mouvement calme et régulier de votre respiration... de votre cage

thoracique... parfaitement libre... Faites-nous signe du doigt pour nous signaler que vous êtes de nouveau suffisamment détendu pour poursuivre l'examen... »

La progression de l'examen va ainsi se faire pas à pas, au rythme du patient, dans un travail triangulaire patient-infirmière-médecin.

Lorsque l'examen est terminé, le patient est invité à rester encore un moment allongé sur le côté puis à pratiquer une désophronisation.

La prise en charge sophrologique des patients dans le cadre d'une coloscopie offre l'avantage évident de limiter le temps d'hospitalisation du patient et lui permet de reprendre ses activités quotidiennes aussitôt l'examen terminé. Par ailleurs, elle ne présente aucun effet secondaire, ce qui est appréciable pour des patients ayant des contre-indications aux substances anesthésiques. Cependant elle a aussi ses limites et ses contraintes. En effet, elle demande une collaboration étroite entre le médecin et l'infirmière dans la mesure où c'est celle-ci qui donne le « feu vert » pour le début de l'examen ainsi que le temps des éventuelles pauses.

La qualité de l'environnement a également son importance. Il est indispensable que le bruit soit le plus réduit possible car il ne faut pas oublier qu'il s'agit bien souvent de patient faisant une première expérience de la sophrologie. Même s'il est invité à se couper des sons environnants, le calme est donc requis pour favoriser l'accès à la détente.

L'infirmière doit bien souvent continuer son *terpnos* tout au long de l'examen pour maintenir le patient au niveau sophro-liminal. Or dans la pratique elle est aussi amenée à assister techniquement le médecin. Il est parfois un peu difficile pour elle de « jongler » entre ces deux activités. Lorsqu'il s'agit d'un examen purement diagnostique, la chose est plus facile car dans ce cas aucun acte technique ne demande son intervention.

Par contre, si, au cours de l'examen, elle est amenée à intervenir, sa disponibilité pour la prise en charge sophrologique est réduite. Il sera donc recommandé de privilégier les coloscopies diagnostiques pour une prise en charge sophrologique ou bien de prévoir un intervenant supplémentaire si nécessaire.

Note : Il faut également savoir que le temps d'occupation de la salle d'examen se voit augmenté. En effet l'induction sophrologique se fait dans les conditions de la coloscopie, c'est-à-dire le patient est déjà installé sur la table d'examen car on ne peut envisager un transfert sans désophronisation. Cela implique donc une durée pré-examen plus importante. De même, l'examen peut être lui aussi un peu plus long que sous anesthésie dans la mesure où l'on est parfois amené à observer des pauses.

Donc, même si globalement le temps d'hospitalisation du patient est réduit, la prise en charge sophrologique limite un peu le *turn-over* des patients dans les salles.

Enfin, il y a les limites des patients. La bonne volonté de leur part et la compétence de l'infirmière ne suffisent pas toujours. Le patient peut arriver dans un tel état d'anxiété qu'une prise en charge sophrologique est impossible. Pour pallier en partie ces problèmes il serait donc judicieux que le patient rencontre l'infirmière lors de la consultation pré-coloscopie. D'une part pour lui donner les informations pratiques sur la sophrologie (ce qui aurait comme deuxième avantage de réduire le temps en salle d'examen) et d'autre part afin de pratiquer une sophronisation de base, voire une SAP, pour permettre au patient d'arriver le jour de l'examen avec moins d'appréhensions.

LE CADRE DE LA CONSULTATION ORL

La prise en charge se fait ici en parallèle de la consultation ORL. Elle s'inscrit dans un contexte de travail en interdisciplinarité avec des médecins ORL, des psychologues ainsi que d'autres intervenants éventuels auxquels peuvent faire appel les patients. Les patients pris en charge souffrent tous d'acouphènes chroniques invalidants.



DÉFINITION

L'acouphène est une impression auditive (bourdonnements, sifflements, etc.) correspondant à la perception d'une onde sonore qui, en réalité, n'existe pas.

L'intervention infirmière se fait ici essentiellement dans son volet éducatif. Le but de la prise en charge est d'aider le patient à acquérir de nouvelles ressources lui permettant de vivre au mieux avec ses acouphènes. Il s'agit pour lui de s'adapter à sa pathologie afin de retrouver une meilleure qualité de vie. L'action va donc s'inscrire sur la durée et le plan de soins sera programmé sur dix séances de sophrologie.

À l'anamnèse, on retrouve des patients présentant différents problèmes perturbant la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. Si l'on prend comme référence la pyramide de Maslow, on s'aperçoit que les perturbations se passent à tous les niveaux : besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins affectifs et d'appartenance, besoin d'estime personnelle et besoin d'épanouissement personnel.

Le besoin de base correspondant à la satisfaction des besoins physiologiques se trouve perturbé dans son volet repos/sommeil. C'est d'ailleurs à l'anamnèse ce qui ressort de façon systématique et unanime chez tous les patients. Les acouphènes s'exacerbent le soir ou moment du repos. À mesure que le bruit environnant de la vie quotidienne se calme, les acouphènes gagnent en intensité. On se trouve donc

face à des patients dans l'incapacité à bénéficier de sommeil et de repos en quantité suffisante afin de permettre à l'organisme d'obtenir son plein rendement.

Le besoin de sécurité est lui aussi perturbé : en permanence sollicités par ce bruit parasite, les patients éprouvent des difficultés à trouver une solution pour gérer leurs symptômes avec pour conséquence l'installation de tensions permanentes tant physiques que psychiques. Souffrir d'acouphènes est très pesant dans la vie quotidienne, ces bruits incessants et envahissants perturbent la vie de tous les jours des personnes concernées. Elles focalisent toute leur attention sur l'acouphène et ne peuvent s'en détourner. La réponse conditionnée aux acouphènes induit la détresse et le stress, dus en grande partie à la perte de ce qui était avant « l'environnement stable ».

Progressivement, le patient va s'installer dans un cycle de plus en plus négatif : plus le sujet se sent isolé, plus il y a vigilance sur le symptôme. Cela va entraîner une désorganisation de l'équilibre du patient. L'acouphène sera alors perçu comme un danger, l'angoisse va s'installer et le patient se retrouvera alors dans un état de détresse et de souffrance psychique qui petit à petit vont le conduire de façon insidieuse à l'épuisement physique et mental. Il en résulte un état de stress permanent aggravé par un manque de crédibilité qu'a le sujet acouphénique auprès de sa famille, ses proches et son entourage professionnel. On observe souvent un repli sur soi, un isolement croissant qui n'arrange en rien les choses. Cela entraîne alors la perturbation du besoin d'appartenance et de reconnaissance.

L'incapacité à trouver une solution, l'impuissance à gérer leurs symptômes ainsi que la perte de contrôle de leur corps et par extension de leur vie leur sont insupportables et les positionnent en victimes sans ressources face à ce qui est une véritable intrusion dans leur vie. Les patients perdent peu à peu confiance en eux et voient leur estime d'eux-mêmes s'effondrer.

La perception de l'acouphène a également des conséquences sur la capacité de concentration des patients. Toute l'attention est focalisée sur celui-ci avec pour certains une incapacité totale à s'en détourner.

À ceci s'ajoute la perturbation du sommeil. Dans un état de fatigue permanent, ils rencontrent des difficultés à se réaliser dans leurs activités quotidiennes tant professionnelles que familiales et récréatives. Cette impossibilité à utiliser au mieux leur potentiel a des conséquences sur leur épanouissement personnel.

Fiche**Plan de soin sophrologique d'une prise en charge ORL**

L'infirmier élabore un plan de soin selon le processus : cible/données/actions/résultats.

Les cibles

Exprimées en un minimum de mots, elles sont issues de l'anamnèse et décrivent la situation de façon précise. Elles s'expriment en termes de problèmes pour le patient formulés en diagnostic infirmier ou en langage professionnel (exemple : insomnies).

Les données

Elles précisent la cible et la décrivent en termes d'observation (exemple : difficultés d'endormissement quelle que soit l'heure du coucher ou les conditions préalables à l'endormissement).

Les actions

Elles sont toujours définies en regard des données et relèvent du rôle propre ou du rôle prescrit. C'est à ce niveau, aux côtés des prises en charges médicamenteuses et du rôle prescrit que va s'inscrire le plan des séances de sophrologie avec les différentes techniques utilisées (exemple : séance de sophro-protection liminale du sommeil).

Les résultats

Ils correspondent à l'évaluation montrant l'efficacité ou l'inefficacité des actions entreprises en regard des résultats attendus.

L'élaboration du protocole de sophrologie va se faire suivant la trame d'un plan de soin standardisé, c'est-à-dire qu'en regard de chaque cible et plus précisément de chaque donnée, un plan d'action est mis en œuvre avec une évaluation lors de la séance suivante ou dans la suite de la prise en charge du patient de façon générale, afin de réajuster si nécessaire.

Note : Une information pédagogique sera, en général, proposée au patient au début de chaque séance en relation avec le thème, les objectifs du jour. Il faut savoir que l'information joue un rôle important dans la prise en charge des patients souffrant d'acouphènes. Selon une étude de l'association France Acouphènes, les patients satisfaits de leur première consultation en termes d'information, supportent mieux leurs acouphènes. L'information est donc une donnée essentielle. Par ailleurs ainsi que nous l'avons vu précédemment, pour une prise en charge éducative, le savoir a toute son importance.

Première séance : introduction de la sophrologie et découverte de la relaxation

Tableau 19.1. Résultats attendus : adhésion de la sophrologie comme complément thérapeutique.

Cibles	Données	Actions
Méconnaissance de la sophrologie	Le patient ne connaît pas la sophrologie	Explications sur la sophrologie et ses techniques.
Manque de connaissances de la physiologie respiratoire	Méconnaissance de ses capacités respiratoires	Découverte de l'outil respiratoire : respiration en pleine conscience, respiration abdominale, respiration relaxante.
Stress	Présence de tensions musculaires et psychiques	Relaxation : sophronisation de base (SDB) assise + sophro-présence immédiate (SPI).
Risque d'oubli du vécu de la séance	Besoin de partager le vécu de la séance pour l'intégrer	Écoute active lors de la phénodescription.
Risque de reprise du stress	Le patient peut oublier ce qu'il a appris lors de la séance	Consolidation des apprentissages. Consignes : pratiquer la respiration abdominale et la respiration en pleine conscience.

NB : L'étape phénodescription étant présente à chaque séance, elle ne sera pas décrite dans les plans de soins suivants.

Deuxième séance : diminution des tensions musculaires et nerveuses et découverte de la capacité de relâchement

Tableau 19.2. Résultats attendus : le patient se détend.

Cibles	Données	Actions
Manque de connaissance du processus du stress	Le patient ne connaît pas les incidences du stress sur son organisme ni son mécanisme.	Explications sur le stress et ses conséquences.
Déficit de conscience du schéma corporel	Difficultés à intégrer son schéma corporel.	Sophronisation de base (SDB) debout geste Tratak.
Tensions corporelles	Tensions permanentes liées à l'hypervigilance sur l'acouphène.	Exercices de relaxation dynamique du 1 ^{er} degré (RD1) : cou, pompage et cible.
Épuisement	Lassitude physique et manque d'énergie.	Geste des avant-bras (<i>prâna</i>) afin de ramener à soi l'énergie.
Tensions nerveuses	Focalisation de l'attention sur l'acouphène.	Exercice de concentration sur un objet neutre.
Risque de reprise du stress	Le patient peut oublier ce qui a été appris en séance.	Consignes : pratiquer un exercice de RD1.

Sentiment d'impuissance	Focalisation sur l'acouphène et vision négative du quotidien.	Consigne : Commencer un petit carnet du positif afin d'y noter chaque soir un événement positif de la journée écoulée.
-------------------------	---	--

Troisième séance : poursuivre les objectifs de la deuxième séance

Tableau 19.3. Résultats attendus : le patient se détend.

Cible	Données	Actions
Manque de connaissance	Méconnaissance du mécanisme des émotions.	Informar sur le phénomène des émotions et leurs répercussions sur l'individu.
Stratégie d'adaptation efficace	Le patient a besoin d'accompagnement pour atteindre le niveau sophro-liminal (NSL).	Relaxation : Geste Tratak et sophronisation de base debout.
Déficit de perception du schéma corporel	Focalisation sur l'acouphène et mauvaise perception du schéma corporel.	Exercices de relaxation dynamique du 1 ^{er} degré (RD1) : rotations axiales, hémicorps.
Stress	Tensions musculaires et psychiques.	Exercice de RD1 : pompage, sophro-déplacement du négatif (SDN).
Perception négative de soi-même	Difficultés à prendre conscience de ses capacités en regard de cet acouphène envahissant.	Stratégie d'adaptation efficace Activer les ressources : sophro-présence immédiate (SPI) continuer le « carnet positif ».
Risque de reprise du stress		Consigne : exercice de tension-rétention global du corps (Inspiration-rétention-tension-expiration-relâchement) (IRTER).

Quatrième séance : augmenter la confiance en soi et perception de son équilibre

Au cours de cette séance est introduit le geste d'ancrage. Ce geste, propre à chacun et choisi par les participants, permet d'associer à l'état de détente un réflexe gestuel qui leur facilitera par la suite l'accès à l'état de bien-être vécu en séance.

Tableau 19.4. Résultats attendus : expression par le patient de sa progression et de son sentiment positif.

Cibles	Données	Actions
Manque de connaissance de soi	Le patient a une méconnaissance des notions d'homéostasie.	Information sur l'équilibre et l'homéostasie.
Stress		Relaxation : Geste Tratak et sophronisation de base debout.
Difficultés à percevoir son schéma corporel	Focalisation sur l'acouphène et mauvaise perception du schéma corporel.	Exercices de RD1 : rotations axiales et moulinets. Perception des trois densités : peau, muscles, ossature par palpations et percussions.
Difficultés à percevoir sa verticalité	Déficit de perception de son équilibre.	Travail en imagerie mentale avec l'image d'un arbre. Introduction du geste d'ancrage.
Risque de perdre les acquisitions	Le patient a besoin de consolider ses acquis.	Consigne : Exercice de relaxation dynamique du 1 ^{er} degré au choix et perception des trois densités.

Cinquième séance : renforcer le sentiment de sécurité

Tableau 19.5. Résultats attendus : le patient dit qu'il se sent progresser.

Cibles	Données	Actions
Stratégies d'adaptation à développer	Besoin de renforcer la capacité de relaxation.	SDB debout.
Perturbation de l'équilibre de la verticalité	Difficultés de perception du schéma corporel.	Enroulement vertébral Exercices de perception de l'axe vertical, des axes horizontaux (épaules, bassin, pieds), des diagonales ainsi que du polygone de sustentation.
Détérioration des perceptions	Difficultés pour le patient de percevoir son espace personnel.	Création d'une bulle en imagerie mentale : perception de l'espace disponible au bout des mains et des doigts en effectuant des mouvements des bras tout autour de soi. Visualisation de cet espace en le matérialisant en imagerie mentale (enveloppe protectrice).
Perte d'espoir	Difficultés à envisager l'avenir sereinement.	Sophro-présence immédiate (SPI).
Risque de perte des acquis	Besoin de consolider ses acquis.	Consignes : exercice de RD1 : enroulement/déroulement Perception de son espace vital et protecteur.

Sixième séance : lâcher prise et mise à distance des acouphènes

Tableau 19.6. Résultats attendus : Le patient sait utiliser les techniques de lâcher-prise.

Cibles	Données	Actions
Manque de connaissances	Le patient a une connaissance succincte des organes des sens.	Information sur les 5 sens.
Stratégie d'adaptation à renforcer	Besoin de consolider les capacités de relaxation.	Sophronisation de base assis (SDB).
Difficultés de lâcher-prise	Focalisation sur les problèmes auditifs.	Respiration sur le cercle : inspirer en dessinant mentalement un demi-cercle et expirer en dessinant l'autre moitié.
Mauvaise perception des informations extéroceptives	Difficultés à intégrer les 5 sens (à l'origine des informations extéroceptives).	relaxation dynamique du 2 ^e degré B (RD2B) : intégrer les 5 sens au niveau du schéma corporel.
Perte d'espoir	Difficultés à envisager l'avenir en mettant de côté les acouphènes.	Activation des ressources : sophro-respiration synchronique (SRS) sur la confiance plus geste d'ancrage.
Risque de perte des acquisitions de la séance	Difficultés à mettre les acouphènes à distance au quotidien.	Consignes : se concentrer sur un sens autre que l'audition.

Septième séance : approfondir et ancrer la mise à distance des acouphènes

Tableau 19.7. Résultats attendus : le patient consolide ses apprentissages.

Cibles	Données	Actions
Difficultés de perception en faisant abstraction d'un des cinq sens	La perception d'objet en supprimant un des sens est difficile.	Expérimentation de la nécessité de l'intervention de tous les sens : découvrir un objet inconnu les yeux fermés.
Stratégie d'adaptation à renforcer	Nécessité de baisser la vigilance.	Relaxation : SDB assis.
Difficultés à lâcher prise	L'oreille est au centre des préoccupations du patient.	Mise à distance : RD2 approfondie plus geste d'ancrage.
Risque de perdre les acquis de la séance	Besoin de renforcer la perception d'un autre sens que l'oreille.	Consignes : Vivre et approfondir le ou les sens qui ont le mieux convenu.

Huitième séance : faciliter l'endormissement

Tableau 19.8. Résultats attendus : le patient connaît et applique les techniques favorisant le sommeil.

Cibles	Données	Actions
Manque de connaissance	Connaissances erronées sur le sommeil, ses cycles...	Information sur les cycles du sommeil, la durée, les différents types de dormeurs...
Tensions résiduelles	Les insomnies exacerbent les tensions.	Relaxation : SDB assis plus geste d'ancrage.
Difficultés à lâcher-prise	Difficultés à lâcher-prise, particulièrement au moment de l'endormissement.	Respiration en carré et/ou en rectangle ⁴ .
Insomnies	Difficultés d'endormissement.	Sophro-protection liminale du sommeil (SPLS).
Risque de perdre les acquis	Au moment du coucher tensions liées à l'appréhension de l'insomnie.	Consignes : pratiquer un exercice de RD1 avant le coucher puis la respiration en carré et une SPLS.

Pratiquement : inspiration sur trois temps, rétention d'air sur la même durée, expiration sur 3 temps puis pause sur la même durée. On pratique ainsi sur 3 ou 4 cycles respiratoires puis on allonge ensuite la durée en montant progressivement sur 4, 5, 6 temps. S'il est trop difficile de compter, on peut dessiner mentalement un carré en inspirant et expirant sur les côtés ascendant et descendant du carré.

La respiration en rectangle est quasi identique si ce n'est que les temps inspiratoires et expiratoires sont plus longs que les pauses.

.....

4. *La respiration en carré* : elle permet d'harmoniser les temps respiratoires et de se focaliser sur la respiration afin de mettre à distance les idées parasites empêchant la détente.

Neuvième séance : poursuivre les objectifs de la séance huit

Tableau 19.9. Résultats attendus : idem séance 8.

Cibles	Données	Actions
Difficultés à se reposer	Difficultés à se ménager des plages de repos dans la journée	Sophro-flash Sommeil flash MEP (détente mâchoires/épaules/poignets) ⁵
Focalisation sur l'acouphène	Augmentation des acouphènes pendant les périodes de repos	Sophronisation de base assis puis « géographie corporelle » (dessiner mentalement le contour de son corps) et/ou relaxation dynamique du deuxième degré contemplative (RD2 A).
Risque de perdre les acquisitions		Consigne : pratiquer des sommeils flash et pauses détente dans la journée.

Dixième séance : assurer l'intégration des techniques apprises

Tableau 19.10. Résultats attendus : le patient a intégré les principales techniques de sophrologie et peut être autonome dans sa prise en charge.

Cible	Données	Actions
Risque d'oubli de certaines techniques de RD1	Le patient doit approfondir l'intégration des outils sophrologiques.	Reprendre les outils de la RD1.
Manque de confiance en l'avenir	Difficultés à se projeter dans le futur soulagé de ses acouphènes.	Sophro-acceptation progressive (SAP).
Risque de perdre ou d'oubli des acquisitions	Le patient nécessite un support écrit et audio.	Fournir une feuille récapitulant les exercices de RD1 ainsi qu'un CD reprenant les principaux <i>terpnos</i> .

C'est bien sûr toujours l'anamnèse qui orientera de façon plus spécifique les séances notamment au niveau du contenu des informations théoriques fournies au patient. Si celles-ci sont déjà acquises l'infirmière passera directement à la séance de sophrologie.

5. MEP : en position debout, si possible en appui contre un mur, fermer les yeux, pratiquer deux ou trois respirations relaxantes puis relâchement de la mâchoire inférieure, laisser aller les épaules vers le bas et enfin relâchement des poignets et des mains. Pratiquer quelques respirations abdominales sur 1 ou 2 minutes puis reprise.

Le contenu des séances n'est naturellement pas exhaustif de même que les objectifs. Ce n'est qu'un exemple d'un type de prise en charge et de protocole de sophrologie pour les patients souffrant d'acouphènes tiré de ma pratique. Il peut naturellement être adapté en fonction des patients, de leurs attentes et du sophrologue.

Le sommeil, bien que problème majeur chez ces patients, n'est pas pris en considération au début de façon volontaire. En effet, il est souhaitable que les techniques de relaxation et de détente musculaires ainsi que les outils respiratoires soient acquis en premier lieu. Ensuite l'utilisation de la RD1 va permettre l'intégration du schéma corporel, préliminaire indispensable à la satisfaction du sentiment de sécurité. C'est seulement lorsqu'il pourra lâcher-prise et mettre ponctuellement à distance ses acouphènes que le patient pourra aborder l'étape d'amélioration du sommeil.

Note : Ce type de prise en charge peut se faire de façon individuelle, mais la réalisation de séances de groupe est sans doute plus réaliste et s'inscrit mieux dans la répartition des tâches journalières d'une infirmière de consultation ORL qui doit également assurer les soins.

D'un point de vue pratique, l'approche en groupe permet de cibler un plus grand nombre de personnes en même temps. Par ailleurs la notion de groupe permet au patient de prendre conscience du fait qu'il n'est pas isolé dans son problème et le partage du vécu peut également contribuer à l'obtention de résultats.

Cet exemple de prise en charge se veut le plus complet possible. Pratiquement les séances durent environ une heure à laquelle il faut ajouter le temps de la phénom-description et de la discussion lorsque celles-ci sont faites en groupe. Cela peut paraître un peu long pour certains mais l'expérience a montré qu'aucun des participants ne trouvait cette durée excessive... Les séances étant aussi l'occasion d'échanger ses stratégies face aux acouphènes.

Naturellement, l'intégration de la sophrologie dans le processus de prise en charge de ce type de patients ne permet pas la disparition des acouphènes (et il est très important dès la première rencontre de le préciser au patient de façon honnête et objective), cependant, une amélioration, si petite soit-elle, dans la perception de ce bruit insupportable, une plus grande facilité à s'endormir, une capacité de concentration améliorée... vont permettre de les inscrire dans un processus plus positif.

3. — L'intégration de la sophrologie au sein des prestations infirmières : avenir et limites

De façon plus large, l'utilisation de la sophrologie dans les soins infirmiers est possible dans de nombreux domaines. Comme vu précédemment, elle a sa place au sein même des soins pour détendre le patient, l'aider à être acteur de sa prise en charge, qu'il soit atteint d'une pathologie aiguë ou chronique. Passé la porte de l'hôpital, il s'en remet souvent aux mains du personnel médical et soignant et sa participation aux soins est bien souvent limitée. La sophrologie lui offre alors la possibilité de prendre conscience de la maîtrise et de la perception qu'il a de son corps en passant par l'intégration de son schéma corporel.

Via les techniques sophrologiques telles que l'harmonisation des cinq sens et l'utilisation de l'imagerie mentale, on peut amener le patient à éprouver, à ressentir du plaisir et de la satisfaction par l'intermédiaire de ce corps qui lui pose problème à travers l'organe ou la fonction malade. Il pourra ainsi vivre son corps autrement que dans la douleur et l'angoisse et se rendre compte qu'il peut générer des sensations positives et agréables. On peut alors parler de prise en charge sophrologique ponctuelle. Mais les perspectives d'utilisation de la sophrologie ne se limitent pas à la seule réalisation des actes techniques.

Si l'utilisation de la sophrologie devient courante au sein de certaines unités comme celle de la douleur, la maternité ou la psychiatrie, elle doit encore faire sa place pour être reconnue comme un soin à part entière. Les infirmières peuvent également l'intégrer dans les consultations préopératoires et ainsi déjà l'introduire pour son utilisation en post-opératoire. Vivre par anticipation *via* les SAP et les sophroprogrammations du futur (SPF) les situations au niveau sophro-liminal va permettre au patient de les ancrer positivement au niveau de sa conscience et lui faciliter l'accès à ses ressources... Il abordera ainsi la situation avec moins d'appréhensions.

Par ailleurs, l'intégration du schéma corporel facilitera grandement les suivis opératoires à court et moyen terme des patients ayant subi des interventions mutilantes, que les séquelles soient visibles ou pas (par exemple les hystérectomies).

Il se peut même que ces modifications soient non pas des séquelles au sens propre du terme, mais une modification du corps importante telle qu'on peut la rencontrer dans les cas post-opératoires de *by-pass* gastrique (intervention visant à perdre rapidement du poids) ou en chirurgie esthétique. Là aussi la sophrologie, en permettant une meilleure harmonie corps-esprit, peut être un outil très utile au patient.

Par extension, elle va offrir au patient des techniques lui permettant de vivre au mieux sa maladie, son handicap et/ou ses modifications physiques de façon à

restaurer sa qualité de vie qui, selon l'OMS, correspond à la perception qu'a le patient de son propre état de santé. En lui donnant accès à ses propres ressources et la possibilité de les exploiter on va favoriser le retour ou le maintien de l'autonomie totale ou partielle.

Les outils sophrologiques peuvent également être utilisés au sein des consultations infirmières à visée éducative comme les consultations anti-tabac, les consultations de diabétologie, les consultations pour les patients VIH, les cliniques de la coagulation, etc. La préparation se fera un peu comme la préparation mentale du sportif, à ceci près que le résultat attendu sera non pas la performance sportive mais bien l'accès à l'autonomie dans la gestion de sa pathologie ou de son addiction... ce qui, en soi, est une performance à part entière ! Loin d'être exhaustive, cette liste ne demande qu'à être complétée par les infirmières sophrologues qui travaillent au sein des institutions de soins qu'il s'agisse d'hôpitaux, de maisons de revalidation ou toute autre structure dans lesquels des soins infirmiers sont dispensés.



GROS PLAN

Limite de l'introduction de la sophrologie dans le cadre des soins infirmiers

La première, et non la moindre, est la notion de disponibilité du personnel soignant. Le facteur temps et la charge de travail sont tels que parfois une intervention sophrologique est quasi impossible. Toutefois, il n'est pas toujours nécessaire de faire une séance complète avec baisse de la vigilance, activation, etc., pour pouvoir offrir un plus au patient et obtenir un résultat. Une introduction pertinente d'un seul exercice respiratoire ou de RD1 au cours d'un soin peut déjà porter ses fruits.

Une autre limite est la nécessité d'une formation adéquate en sophrologie de la part de l'infirmière afin d'utiliser et de proposer les techniques sophrologiques adaptées au patient.

Par ailleurs, les réticences de la part de certains membres du corps médical, voire même du corps infirmier sont aussi parfois un frein à l'introduction de la sophrologie au sein des soins infirmiers. Il est dès lors nécessaire d'expliquer à ses collègues ce qu'est la sophrologie, comment elle fonctionne, ce qu'elle peut apporter au patient et à l'équipe soignante sans entretenir un mystère autour de sa pratique. Il est important de sensibiliser le personnel infirmier par des formations internes, pas seulement axées sur la gestion du stress pour les soignants mais bien

dans la perspective de leur offrir un outil de travail, une technique de soins supplémentaire à leur portée.

Le partage du savoir fait partie intégrante de la culture infirmière et c'est dans ce sens que doit être abordée la sophrologie. Une infirmière sophrologue reste avant tout une infirmière à ceci près qu'elle s'est formée à la sophrologie comme d'autres le font pour la gestion de la douleur, la gériatrie ou l'endoscopie. À elle de partager ses acquisitions et son expertise.

L'acceptation et l'intégration de la sophrologie dans les services infirmiers passe de façon inévitable par le dossier de soins. C'est ce qui permet de concrétiser l'action, de noter les résultats et d'acter la pratique. Cela permettra également de réaliser des études chiffrées en vue de montrer que l'utilisation de la sophrologie permet de faire une réelle économie en matière de soins de santé (diminution des sédations, des antalgiques, des anxiolytiques...).

En passant par l'écrit, on fait exister la sophrologie comme un soin à part entière dans la mesure où il figure dans la prise en charge du patient. Alors, même si elle n'est pas reprise par la loi dans la liste d'actes infirmiers, la pratique de la sophrologie dans le contexte des soins doit occuper la place qui lui revient.

La balle est désormais aussi dans le camp des infirmiers !

4. Bibliographie

- AMAR B., GUEGUEN J. Ph. (2003). *Soins infirmiers*, t. 1, Concepts et théories, démarche de soins, Paris, Masson.
- AUDOUIN L. (2002). *La Sophrologie*, Paris, Livre de Poche.
- AUDOUIN L. (2001). *Le Sommeil, bien dormir enfin*, Paris, Livre de Poche.
- COLLIÈRE M.F. (1982). *Promouvoir la vie*, Paris, InterÉditions.
- DAVROU Y. (2007). *La Sophrologie facile*, Paris, Livre de Poche.
- DECLERCK M. (1999). *Le Schéma corporel en sophrologie et ses applications thérapeutiques*, Paris, L'Harmattan.
- ETCHELECOU B. (2007). *Comprendre et pratiquer la sophrologie*, Paris, InterÉditions.
- ETCHELECOU B. (dir.) (2010), *9 cas pratiques en sophrologie*, Paris, InterÉditions.
- GAUTIER P. (2008). *Découvrir la sophrologie*, Paris, InterÉditions.
- GREVIN P. (2010). *Acouphènes : les soulager avec la sophrologie, guide pratique*, Éditions J. Lyon.
- LOUSSOUARN T. et LEJEUNE J. (2007). *35 Plages de sophrologie, apprenez à développer vos ressources*, broché.

- MARÉCHAL A., PSIUK T., (1995). *Le Diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*, Paris, Lamarre.
- MARNEUR C. (2005). *Les Acouphènes : questions-réponses, 12 témoignages*, fiche pratique, Paris, Éditions du Dauphin.
- PECOLLO J.Y. (2003). *La Sophrologie au quotidien*, Paris, Livre de Poche.
- PEIGNARD Ph. (2008). *Bien vivre avec des acouphènes*, Paris, Odile Jacob.
- WALTER B. (1992). *Le Savoir infirmier*, Paris, Lamarre.
- www.france-acouphenes.org
- www.belgiqueacouphenes.be

Chapitre
20

Sophrologie et orthophonie : la recherche d'un juste équilibre

AGNÈS MAILHEBAU-COUZINET

Sommaire

1. Le rôle de l'orthophoniste.....	437
2. Orthophonie et sophrologie.....	438
3. La sophrologie à l'aide des dyslexiques.....	440
4. La prise en charge d'une dysphonie fonctionnelle : nouvelle voie de la sophrologie.....	452
5. La sophrologie adaptée à la rééducation vocale.....	453
6. Les limites.....	458
7. Conclusion.....	459
8. Bibliographie.....	460

Les champs d'intervention de l'orthophoniste sont variés et s'adressent à toutes les classes d'âge. Ils évoluent en fonction des progrès de la médecine, de la science et des avancées des disciplines (psychologie, neuropsychologie, phoniatry...) auxquelles elle est liée.

En cabinet libéral, certaines pathologies sont couramment abordées :

- les retards de développement du langage oral chez l'enfant (troubles articulatoires, retards de langage et de parole, souvent plus ou moins associés) ;

- les troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) ;
- les troubles du raisonnement logico-mathématique (dyscalculie) ;
- les troubles de la respiration, de l'articulation et de la déglutition dans le cadre d'un traitement d'orthodontie ;
- les troubles liés aux atteintes du système nerveux central ou périphérique (AVC, maladies neurodégénératives...) ;
- le bégaiement, les troubles de la fluence verbale ;
- les troubles causés par une dégénérescence des structures cérébrales (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique) et le maintien des fonctions de communication, d'alimentation et déglutition, de la mémoire et de certaines fonctions cognitives dans ces différentes maladies ;
- La dysphonie et la dysodie (troubles de la voix chantée), liées à une atteinte organique ou fonctionnelle du larynx.



DÉFINITION

L'orthophoniste (*ortho* : correct, *phonè* : voix) est le professionnel de santé qui assume la responsabilité de la prévention, de l'évaluation, du traitement et de l'étude scientifique des déficiences, des troubles de la communication humaine et des troubles associés. Dans ce contexte, l'orthophonie concerne toutes les fonctions associées à la compréhension, à la réalisation et à l'expression du langage oral et écrit, ainsi que toutes les autres formes de la communication non verbale (*source* : Fédération nationale des orthophonistes).

1. Le rôle de l'orthophoniste

Établir un bilan

Avant toute prise en charge, l'orthophoniste pratique un acte spécifique de dépistage et d'évaluation, nommé « bilan orthophonique ». Tout en intégrant la dimension psychologique, sociale, économique et culturelle des patients, l'orthophoniste reçoit le patient, établit un diagnostic grâce à diverses batteries d'épreuves et lui propose un programme de rééducation.

Moment clé de la rééducation, le bilan permet d'évaluer la provenance réelle de la demande de rééducation, la motivation du patient lui-même et la conscience que celui-ci a de son trouble. Après avoir défini un cadre de référence, l'orthophoniste peut s'interroger, avec le patient, sur le symptôme qui motive sa demande de bilan.

Accueillir le symptôme, le comprendre, le définir, appréhender son bien-fondé, sa place, sa valeur, ce qu'il apporte comme avantage, comme inconvénient... L'objectif n'est pas de le supprimer, de le vaincre, mais de faire sens, le remettre à sa juste place, l'interpréter, l'appréhender.

Note : La prise en charge se fait toujours sur prescription médicale.

Un programme adapté

Chaque patient étant unique, l'orthophoniste doit s'adapter aux difficultés, atouts, personnalité de chacun. Le travail proposé se fait par le biais d'exercices techniques et ludiques. Il doit rendre compte des progrès réalisés par le patient au médecin prescripteur, à la famille, à l'enseignant de l'enfant...

L'orthophonie est donc un vaste domaine dont la richesse actuelle s'enracine dans des attitudes thérapeutiques de plus en plus diversifiées et personnalisées. Ce qui ne peut que nous conforter, nous praticiens, dans une approche qu'il me semble avoir développée tout au long de mes années d'exercice : chaque enfant est unique, aucune recette n'est standard, nous travaillons au cas par cas. Ce côté « à la carte » de la prise en charge requiert curiosité, imagination, initiative, ouverture, mais aussi une remise en question devant chaque cas. Ces libertés ne vont pas sans quelques revers de médaille : un petit brin de risque et d'incertitude, car rien n'est totalement tracé, aucun résultat n'est vraiment prévisible.

2. Orthophonie et sophrologie

De nombreuses questions ont émergé au fur et à mesure de ma pratique, de mon parcours professionnel et personnel. Je n'avais pas envie de me conforter dans une position d'orthophoniste estampillée en conformité à un ensemble de pratiques traditionnelles : méthodes à acquérir ; pathologies à « bilancer » ; « diagnostiquer » ; « codifier » ; puis « rééduquer ».

L'orthophonie est au carrefour de plusieurs disciplines : linguistique, neurologie, psychologie, physiologie, physique, pédagogie, etc. Je voulais saisir cette chance de multiplicités d'ouvertures, m'interroger quant à « l'extériorisation » des champs évoqués en gardant centrale la notion de personne. La relation instaurée dans le lien à l'autre au cours du travail orthophonique m'a toujours semblé fondamentale.

Après avoir analysé pendant de longs mois ce qui manquait à ma pratique, je me suis donné trois points de réflexion pour orienter mes recherches vers une nouvelle formation :

- la corporalité, le mouvement ;
- le développement du potentiel enfoui en chacun de nous ;
- le dépassement des barrières psychologiques.

La sophrologie s'est alors posée comme bon compromis ; je pratiquais déjà la relaxation (Schultz) et la respiration, mais je sentais que je pouvais aller plus en avant.

Fiche

Comment la sophrologie peut-elle enrichir une prise en charge orthophonique ?

L'orthophonie est une discipline qui vise un ou plusieurs symptômes au travers de techniques variées. Ceci étant, ces symptômes émanent d'une personne, qui fait partie d'une famille, évolue dans un cadre, une société. Il me semble donc indispensable de concevoir une approche de l'orthophonie qui soit à la fois holistique et systémique ; considérer le patient dans sa globalité et ne pas se focaliser uniquement sur le symptôme m'est apparu de plus en plus fondamental au fur et à mesure de ma pratique. La sophrologie rejoint tout à fait cette philosophie dans la mesure où elle appréhende l'homme dans sa globalité (esprit, psyché et corps), en réaction à la médecine traditionnelle qui, souvent, s'intéresse plus à la maladie qu'au malade.

L'intérêt porté au patient pose également la notion de hiérarchie relationnelle ; dans une prise en charge traditionnelle, l'orthophoniste se pose comme le détenteur de techniques, d'un savoir qu'il doit transmettre au patient. Or l'engagement d'un travail avec le patient ne peut pas obéir à une injonction, fût-ce au nom de son bien. La sophrologie m'a permis de renforcer cet équilibre relationnel de « personne à personne » grâce aux concepts d'alliance sophronique, d'empathie et d'adaptabilité. Toutes ces notions étaient déjà présentes en filigrane dans mes prises en charge, mais les mettre directement en application au travers des pratiques sophrologiques a permis aux patients de trouver plus rapidement leur autonomie dans l'utilisation des outils orthophoniques, mais aussi de s'affirmer dans leur personnalité. Ces observations concernent autant les enfants que les adultes.

Un autre des grands principes de la sophrologie est le renforcement de l'action positive, afin de mieux utiliser tous nos potentiels. Cet aspect rejoint la position de l'orthophoniste qui se doit de s'appuyer sur les capacités existantes pour favoriser l'émergence d'apprentissages ou de compétences ; ce qui peut parfois s'avérer laborieux, car les patients sont souvent en souffrance : mauvaise estime de soi, découragement, démotivation, angoisses, regard axé uniquement sur les symptômes ; le patient, mais aussi son entourage sont généralement dans une dynamique négative au début de la prise en charge. Ce principe d'action positive permet vraiment de relancer la confiance en soi et d'instaurer un climat global de positivisme et de réussite qui émane de l'action de l'orthophoniste, bien sûr, mais surtout du patient lui-même qui va pouvoir le transposer dans d'autres lieux ; je souligne ce point, car souvent, les enfants notamment s'approprient des outils en séance, mais n'arrivent pas à les réutiliser ailleurs que dans notre bureau. Ils ont établi une dépendance du savoir au contexte d'apprentissage, n'ont pas trouvé leur autonomie pour réinvestir ces outils.

Enfin, ma pratique a véritablement évolué par la sophrologie en intégrant le corps dans toute sa dimension : je me suis aperçue que nombre d'enfants et d'adultes présentant des troubles de la communication orale et/ou écrite n'avaient pas structuré correctement leur schéma corporel. Positionner le corps dans l'espace et le temps, apprendre à se poser dans l'instant présent, instaurer un équilibre relationnel, autant de composantes indispensables au développement des différentes dimensions du langage.

Le hasard des cas qui se sont présentés dans ma clientèle m'a amenée à appliquer la sophrologie dans plusieurs rééducations ; j'ai choisi de présenter deux domaines qui me tiennent plus particulièrement à cœur dans mon parcours d'exploration de la sophrologie en orthophonie : la dyslexie et la dysphonie.

3. — La sophrologie à l'aide des dyslexiques



DÉFINITION

QU'EST-CE QUE LA DYSLEXIE ?

Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé), la dyslexie est un trouble spécifique de la lecture. Il s'agit également d'un trouble persistant de l'acquisition du langage écrit caractérisé par de grandes difficultés dans l'acquisition et dans l'automatisation des mécanismes nécessaires à la maîtrise de l'écrit (lecture, écriture, orthographe...). Elle entraîne souvent des difficultés pour se rappeler et comprendre des mots, des règles de grammaire ou de calcul : inversions/confusions de lettres et syllabes des mots.

Il existe deux formes majeures de dyslexie :

- celle liée à des problèmes de perception auditive : l'enfant entend mal ou décode mal ce qu'il entend ;
- celle liée à des difficultés sensorio-visuelles : il décode mal ce qu'il voit et il rencontre des difficultés dans ses perceptions visuelles sans repérage spatial ou dans la représentation mentale des gestes.

La dyslexie est un trouble spécifique : les enfants concernés ne présentent pas de déficit intellectuel, pas de troubles psychologiques ou psychiatriques. La dyslexie apparaît par ailleurs dans tous les milieux socioculturels. Mal pris en charge, ce trouble du langage provoque un retard scolaire important chez des enfants qui disposaient pourtant au départ de toutes les chances de réussite.

La dyslexie touche environ 8 % de la population (soit 1 à 2 enfants par classe) ; elle frappe plus de garçons que de filles (trois fois plus) et se retrouve davantage chez les gauchers.

Le premier temps de la remédiation passe par le repérage du trouble, puis sa reconnaissance à l'issue d'un bilan orthophonique et neurocognitif.

La remédiation s'opère par différentes rééducations. Elles seront d'ordre langagier et neurocognitif pour le versant langagier du trouble, et d'ordre psychologique et psychothérapique en fonction des dégâts constatés sur la personnalité et la motivation. Ensuite une adaptation pédagogique doit être mise en place en classe, pour adapter la progression de l'enfant aux rééducations suivies.

Pour les cas les plus sérieux, une scolarisation spécialisée peut être temporairement envisagée.



GROS PLAN

L'objectif des séances

Elle s'articule autour de trois axes :

- amener l'enfant dyslexique à trouver les stratégies qui lui permettront de contourner ses difficultés, en s'appuyant sur ses compétences ;
- développer les compétences déficitaires, notamment celles qui ont un rôle majeur dans l'apprentissage du langage écrit ;
- parvenir à une lecture fonctionnelle en dépit des difficultés.

La rééducation se base sur un projet individualisé, à l'aide de différents supports essentiellement ludiques.

Mais avant d'aborder cette partie technique, l'orthophoniste doit bien souvent mesurer la souffrance de l'enfant face à l'apprentissage de la lecture, à la différence qu'il ressent par rapport aux autres élèves de sa classe, à l'inquiétude – et la pression – parentale ; notre rôle est alors de lui redonner confiance en lui, de l'amener à (re)découvrir les capacités qu'il possède et qui sont souvent éclipsées par la dyslexie.

Un corps pour apprendre

L'ENFANT EST MOUVEMENT

Chez le jeune enfant, tout apprentissage passe par une appropriation par le corps.

Dans la vie, le corps n'est ni le résidu, ni l'étendard de notre identité. Il est notre intelligence incarnée. Le corps n'est donc pas, à l'école ou ailleurs, l'élément neutre des apprentissages. Il est intimement solidaire de la parole du maître et des élèves. À l'école, il n'y a pas d'un côté des esprits à former, et de l'autre des corps à muscler.

Il y a des enfants en pleine croissance, physique et psychique. Les élèves ne sont heureusement pas des intelligences artificielles.

Si les plus sages – ou les plus soumis – acceptent de rester sagement assis derrière leur pupitre, les autres perdent parfois leur contenance et dégagent, volontairement ou non, au su ou à l'insu de tous, une partie de leur énergie vitale. Se balancer sur sa chaise, se pencher vers un camarade, donner des coups de règle, regarder par la fenêtre, bailler, autant d'exutoires utiles pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas « tenir en place » sur simple décret de l'institution. Les plus malins réclameront plusieurs fois dans la journée la permission d'aller boire ou de se rendre aux toilettes pour se dégourdir les jambes (et l'esprit) dans les couloirs.

L'enfant a besoin de se mouvoir. Une mise en jeu du corps facilite particulièrement les gestes d'attention, de concentration et de mémorisation. Pourquoi alors ne pas introduire cette notion de mouvement dans les apprentissages, et notamment dans celui de la lecture ?

LE DYSLEXIQUE : UN CORPS QUI PARLE

Outre l'incapacité à traiter aisément les écrits, les dyslexiques, nous l'avons évoqué, présentent des troubles de latéralité et plus largement de structuration du schéma corporel, de l'espace et du temps. Lorsqu'ils arrivent en consultation, ils sont souvent atteints sur le plan narcissique, souffrent de manque de confiance, sont stressés face à l'écrit. Ils montrent une grande tension musculaire qui engendre une faiblesse de concentration et un surcroît de dépense énergétique ; certains montrent une instabilité corporelle, d'autres sont totalement prostrés. La pénibilité de la lecture et de l'écriture se dégage au travers d'apnées et syncinésies faciales.

La sophrologie comme support de rééducation

Comment aider un enfant à se réconcilier avec le langage écrit ? Comment lui redonner confiance en lui-même ? Comment allier le corps, le mouvement et la lecture ? Autant de questions qui ont remis ma pratique en cause.

La sophrologie m'a tout d'abord décontenancée : je sentais que je pouvais l'exploiter pour les dyslexiques, mais je n'arrivais pas à savoir comment. J'ai donc mis beaucoup de temps à l'intégrer à ma pratique. C'est à l'issue d'un stage de sophrologie ludique que j'ai senti comment investir la dyslexie.

Je n'ai pas de pratique-type, préconçue : je travaille en empathie, selon l'enfant, selon sa disponibilité. Mais à force de séances et d'observations, j'ai pu dégager des lignes

directrices : je transmets la sophrologie aux enfants comme support de leur construction personnelle et comme repère dans le montage de la lecture.

QUEL EST LE MOMENT LE PLUS FAVORABLE À L'INTRODUCTION DE LA SOPHROLOGIE ?

Dans la prise en charge : lorsque je prends en charge un enfant dyslexique, je lui propose d'emblée la sophrologie : en effet, je considère que la sophrologie va permettre de poser les bases au niveau spatial, corporel, concentration, confiance en soi.

À quel moment de la séance ? Généralement, je commence la séance d'orthophonie par une séance de sophrologie, comme un rituel : moment d'appropriation de l'espace, du temps, mise en condition physique et mentale pour aborder l'écrit.

Pour une raison ou une autre, si les enfants ne souhaitent pas commencer par la sophrologie, il m'arrive de débiter une activité orthophonique et d'introduire la pratique au milieu de la séance lorsque je sens que l'enfant fatigue ou vit mal une situation : elle se pose alors comme un temps de décentration par rapport à l'activité et à la notion d'échec, de recentration sur soi, de ressourcement.

Les deux premières séances de sophrologie durent quasiment le temps imparti ; je réserve quelques minutes en fin de séance pour que l'enfant s'exprime au travers d'un dessin qui sera conservé dans son dossier ; il est toujours très intéressant de voir l'évolution des productions.

Dès la troisième séance, je commence à introduire un temps de jeu de langage écrit. Peu à peu, je réduis le temps des stimulations sophrologiques pour développer celui de lecture et/ou écriture.

LES STIMULATIONS PROPOSÉES

J'ai pris la liberté de ne pas respecter rigoureusement l'ordre des protocoles caycédiens, mais je reste fidèle à l'esprit et aux techniques. Les stimulations sont donc piochées dans la relaxation dynamique du premier degré, dans celle du second degré, mais aussi dans les exercices de sophrologie ludique, de yoga et de qi gong.

Exercices de pratique

Exercices de déplacement dans le bureau

Il me semble important que l'enfant s'approprie cet espace de travail, en intègre les limites, qu'il y prenne sa place, qu'il mette en œuvre son sens de l'observation ; nous marchons donc sur différents rythmes, en avant, en arrière, en pleine

conscience ; nous nous arrêtons pour regarder, toucher, sentir, écouter, alternant yeux ouverts, yeux fermés pour favoriser les représentations et évocations mentales.

Petit exercice de concentration

Je propose souvent ensuite un petit exercice de concentration : soit « le fil », soit « le miroir », soit « la spirale et ses variantes » ; l'un guide, l'autre suit ; nous échangeons régulièrement les rôles pour favoriser l'expression, la confiance en soi et l'autonomie. La notion de respiration abdominale est systématiquement introduite dès le début de l'exercice.

« **Le fil** ». Je tiens un fil imaginaire auquel l'enfant est relié par le nez ; je fais des mouvements dans l'espace avec ma main et l'enfant doit suivre avec son corps comme si je le guidais.

« **Le miroir** ». Face à face, l'un imagine des mouvements libres que l'autre doit scrupuleusement reproduire.

« **La spirale et ses variantes** ». Ces exercices sont inspirés du signe de l'infini de la *Brain Gym* qui décrit le fonctionnement du cerveau humain en termes de trois dimensions : latéralité, concentration, centrage et qui a pour objet notamment de stimuler la connexion interhémisphérique. La sophrologie ludique reprend ces préceptes au travers des mouvements lemniscaux, fondements des exercices suivants qui se font avec chaque main dissociée, puis avec les deux conjointement :

- **Le serveur** : il porte un plateau virtuel et ne doit pas le faire tomber alors qu'il dessine avec un grand cercle à plat.
- **Le 8** : dessiner de grands « 8 » autour de son corps ; cet exercice peut se faire en marchant et induit la méditation en mouvement.

Suite de la séance

La suite de la séance se déroule debout, sur place ; c'est à ce moment que je choisis d'introduire des cerceaux : un pour l'enfant, un autre pour moi ; nous posons notre cerceau par terre : il délimite notre espace, tel un contenant rassurant ; il se pose comme point d'ancrage référent dans lequel l'enfant pourra revenir régulièrement lors du travail orthophonique pour y retrouver plus rapidement les apports de la sophrologie. Cette idée m'est venue après avoir eu du mal à contenir plusieurs enfants qui n'avaient aucun équilibre, aucune stabilité

corporelle et qui s'écroulaient régulièrement par terre, sur le bureau ou la chaise. Le fait de les poser dans le cerceau les stabilise.

Les mouvements de lâcher-prise, amples et toniques et les ancrages, issus de la sophrologie ludique

- **Le moteur ou le ressort.** Cet exercice permet de libérer les tensions et stimule la vitalité ; les pieds bien ancrés au sol, genoux souples, bras libres le long du corps, secouer le buste de haut en bas en tournant légèrement le buste ; j'insiste toujours sur le fait que les pieds ne doivent jamais se décoller du sol pour que l'enfant ressente la notion de stabilité et d'ancrage. On peut s'amuser à varier l'intensité des mouvements, introduire la respiration abdominale avec des expirations bruyantes qui vont simuler le bruit du moteur, monter les bras pour dégager le diaphragme. Les enfants adorent cet exercice : de séance en séance, ils osent des mouvements plus amples, imitent de gros moteurs puissants, forts.
- **L'algue.** L'enfant représente une algue parfaitement arrimée à son rocher ; dans un premier temps, il se balance au gré de vagues imaginaires plus ou moins fortes : toutes les parties de son corps doivent se laisser porter par les flots ; puis un petit poisson arrive – en l'occurrence, moi – et vient buter contre les branches de l'algue qui ne doit montrer aucune résistance. Il peut être intéressant d'échanger les rôles pour que l'enfant ait une représentation du relâchement.

La sophronisation de base

Les enfants ne peuvent accéder directement à la lecture du corps les yeux fermés. Ils ont d'abord besoin de construire leur schéma corporel par le mouvement et le toucher qui suggèrent les sensations.

Je leur propose donc une première lecture du corps très dynamique inspirée du qi gong : avant d'aborder chaque partie du corps, on se frotte énergiquement les mains, paume contre paume jusqu'à ressentir une forte chaleur ; puis, doigts écartés, on pose les mains sur la partie du corps souhaitée en massant légèrement. Les enfants aiment ressentir la chaleur et apprécient les mouvements de massage ; ils disent souvent que cela leur fait du bien (« Ça fait comme une bouillotte »).

Voici un exemple de *terpnos logos* illustrant cette lecture du corps dynamique et dynamisante :

« Tu frottes tes mains à la vitesse que tu désires, selon la force que tu veux ; allez, frotte, frotte, frotte ! Tu prends conscience de la paume de tes mains, de l'énergie qui se dégage du creux de ta main, là où ça chauffe de plus en plus fort ; conscience

de tes doigts aussi, du bout de tes doigts. Stop. Tu écarter tes doigts, tu poses tes mains sur le crâne, le dessus de ta tête ; tu sens la chaleur et tu te masses la tête doucement, partout devant, dessus, sur les côtés, derrière ; toute la tête ; tu sens la forme de ta tête. Tu arrêtes et tu frottes à nouveau tes mains, très fort, l'une contre l'autre. Quand c'est bien chaud, tu plaques tes mains contre ton visage, contre les joues, tes doigts sont sur ton front ; tu masses ton visage en faisant des ronds ou si tu préfères, tu gardes quelques instants ton visage dans les mains, tu ressens la chaleur... la forme de ton visage. » Et ainsi de suite pour chaque partie du corps. »

Autres sophronisations de base

Les autres sophronisations de base se font plus rapidement soit en touchant simplement les parties de son corps, soit en les tapotant doucement, poings fermés.

- **Les limites du corps.** Je propose rapidement cette expérience de repérage des limites du corps toujours dans l'idée de faire prendre conscience à l'enfant des différents contenant qui l'entourent, le protègent, le sécurisent : son enveloppe corporelle, le cerceau, les murs du bureau...
- **La respiration.** Je ne fais pas souvent les stimulations de la RD1 : elles sont assez compliquées, pas toujours simples à gérer lorsque les enfants sont enrhumés, ce qui arrive fréquemment. En revanche, ils aiment beaucoup la « respiration de l'arbre qui pousse » ; je trouve cet exercice intéressant sur le plan symbolique, avec les pieds-racines et le déploiement des bras-branches qui ouvre sur l'extérieur et souligne la croissance, le développement.
Entre chaque stimulation, pour systématiser la respiration et la décontraction, j'introduis l'exercice de la vague : genoux pliés, en position du skieur de vitesse, je lance rapidement les bras en arrière en inspirant, je lève les bras devant jusqu'au-dessus de la tête tout en me redressant, je reste quelques secondes dans la position, en apnée, je relâche en expirant et en laissant retomber les bras le long du corps. Cet exercice est facilement repris lors du travail orthophonique en cas de tension.
- **Respiration de l'arbre qui pousse.** Debout, bras le long du corps, inspirer en ramenant les bras devant soi pour que le dos des mains se touche.
Plonger en avant en expirant.
Se relever en inspirant et en ramenant les mains à hauteur du thorax, dos des mains contre la poitrine.
Expirer tout en repoussant les mains devant soi, bras à l'horizontale.
Inspirer en ramenant les mains au niveau du thorax, puis en les projetant au-dessus de la tête, bras à la verticale.

Expirer en redescendant les bras sur les côtés, horizontalement, comme pour dessiner la forme d'un feuillage, jusqu'à la position repos le long du corps.

Stimulations toniques

Les stimulations que je propose ensuite sont le plus souvent toniques, au moins dans un premier temps, jusqu'à ce que l'enfant commence à se stabiliser.

- **Le geste du cou** de la RD est facile à mettre en place, car il est souvent présenté à l'école lors de cours d'éducation physique (mouvements de rotation de la tête notamment pour échauffer les muscles de la nuque).
- **L'exercice de pompage** avec les épaules me paraît essentiel pour libérer les tensions parasites. Il est facile à réintroduire dans n'importe quel contexte et je demande souvent aux enfants de le refaire lorsqu'ils lisent ou écrivent et que les efforts de production induisent trop de tensions.
- **Les moulinets et la cible** sont les stimulations préférées des enfants : à travers les moulinets, ils semblent capter l'énergie de l'univers et se sentent pleins de force. J'enchaîne généralement sur la stimulation des **doigts en griffe** qui, avec l'exercice de la cible, leur confèrent le sentiment de pouvoir se défendre et assurent leur capacité à affronter un danger.
- **La stimulation des hémicorps** me paraît intéressante dans la mesure où l'enfant ressent l'opposition du pied qui s'enfonce dans le sol et du bras tendu à la verticale. En langage écrit, on retrouve plusieurs oppositions : dans les sons, opposition sourde/sonore (exemple : [k]/[g]) ; dans les tracés de lettres, opposition de sens (exemples : n/u, p/q/b/d).
- **La concentration sur l'objet** : je ne l'introduis pas toujours, car les dyslexiques ont souvent du mal à accéder à l'abstraction ; je travaille d'abord en gestion mentale pour développer les évocations et représentations associées à un mot – « Par exemple, si je te dis le mot "chat", qu'est-ce que cela t'évoque ? » : cela peut-être un miaulement, un ronronnement, la sensation du chat qui se frotte sur les jambes ou que l'on caresse, l'image mentale d'un chat (silhouette ou image plus précise, en couleur ou noir et blanc, immobile ou en mouvement), l'image du mot écrit ou l'épellation des lettres, etc. ; ensuite seulement je propose la concentration sur l'objet.

Allier la sophrologie à d'autres techniques de rééducation

La seconde partie des séances de sophrologie s'axe davantage sur le langage écrit.

L'ABORD DES LETTRES

Exercices de pratique

Je demande à l'enfant, en état sophronique dans son cerceau, de regarder la lettre que je lui présente sur un grand carton : il doit l'observer, puis fermer les yeux et l'évoquer mentalement ; je lui propose ensuite de se l'approprier gestuellement en repassant avec son doigt la lettre sur le carton, yeux ouverts, puis de la retracer yeux fermés soit dans l'espace, soit sur le carton, en pleine conscience des sensations.

L'étape suivante introduit le bruit de la lettre associé à un geste représentant la configuration articulatoire du graphème ; ces gestes sont issus de la méthode S. Borel-Maisonny : je demande à l'enfant de rouvrir les yeux, de me regarder prononcer la lettre en étant attentif à mon articulation et au geste que je réalise ; puis il doit reproduire lui-même le son et le geste autant de fois qu'il le souhaite, et, yeux fermés, en intégrer les sensations gestuelles et articulatoires, tout en réévoquant la graphie de la lettre.

Enfin, je lui propose de s'évoquer lui-même en train de former cette lettre avec différents matériaux (pâte à modeler, papier chiffonné, terre...) et d'écrire cette lettre sur divers supports (murs, tableau, arbres, cahier, sol...).

Si l'enfant le souhaite, il peut écrire cette lettre à la fin de la séance sur une partie de son bras ou sa main pour la transporter hors du bureau.

LES MOTS

Je m'appuie beaucoup sur la gestion mentale pour travailler la mémoire orthographique. Une fois les stimulations de la RD1 faites, je demande à l'enfant de regarder un mot d'une liste correspondant à un thème orthographique donné.

Exercices de pratique

Voici l'induction que je lui propose :

« Tu prends quelques instants pour bien ressentir ta présence dans le cerceau, tes ancrages ; tu es solide sur tes jambes, tes pieds bien enfoncés dans le sol. Tu

es attentif à ce que tu ressens dans tout ton corps. Tu te mets en projet d'accueillir un mot écrit. Tu respirez bien avec ton ventre ; quand tu es prêt, sur une grande inspiration, tu ouvres les yeux et tu regardes attentivement le mot pour le mettre dans ta tête. Tu expires et tu fermes les yeux quand tu penses avoir suffisamment regardé le mot. Les yeux fermés, tu évoques à ta façon le mot en essayant de percevoir ses caractéristiques : sa forme, le nombre de lettres, ce qui te paraît particulier ou bizarre ; tu peux écrire le mot dans ta tête, l'épeler. Quand tu le décides, tu ouvres à nouveau les yeux en inspirant pour regarder encore ce mot : est-ce que ce que tu as évoqué dans ta tête est pareil que le modèle ou as-tu des modifications à apporter ? Tu expires et tu fermes les yeux quand tu le décides pour retrouver le mot dans ta tête ; si tu as des modifications à apporter, tu le fais avec exagération : tu peux par exemple tracer en gros la lettre à changer ou l'écrire en rouge dans ta tête ou y associer un dessin particulier ou te dire très fort dans ta tête ce que tu dois changer. Tu continues à respirer avec ton ventre et si tu as besoin, tu recommences à regarder le mot comme tout à l'heure. Quand tu es prêt, soit tu épelles le mot, soit tu l'écris sur la feuille sur le bureau ou au tableau et tu reviens dans ton cerceau pour la suite. »

Les enfants adhèrent bien à ce fonctionnement. Après, au cours d'un jeu ou d'une activité, s'ils doivent mémoriser un mot, il leur suffit bien souvent de se remettre dans le cerceau, de faire une stimulation de leur choix et ils retrouvent spontanément cette façon d'évoquer dans leur tête.

Il est également facile de greffer des jeux de déplacement pour transporter le mot mémorisé et se décentrer du support : le cerceau nous sert de point de référence pour mettre le mot dans sa tête comme je l'ai évoqué précédemment ; ensuite, quand l'enfant le décide, il court dans une autre pièce ou dehors écrire le mot, revient vérifier dans le cerceau s'il a bien écrit le mot.

LA LECTURE

Exercices de pratique

Nous commençons par des stimulations de la RD1, dans le cerceau, puis nous nous mettons en projet de lire en situation d'expérimentation positive. L'enfant sort ensuite de son cerceau et se met par exemple au bureau avec la page de lecture ou le jeu de lecture.

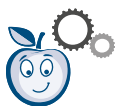
Lorsqu'il est en difficulté de déchiffrage, je l'invite à aller dans son cerceau pour refaire une stimulation de son choix et une lecture du corps ; puis les yeux fermés,

il essaie de retrouver la forme du mot, ses lettres, dans sa tête ou en épelant. Soit il réussit, soit il revient au bureau remettre le mot dans sa tête, retourne dans son cerceau et recommence l'opération.

Au début de la prise en charge, je fais comme l'enfant : je me mets dans mon cerceau et j'évoque le mot. Mais bien souvent, au fur et à mesure des séances, les enfants se lèvent seuls pour rejoindre spontanément leur cerceau et gérer les étapes d'évocation du mot jusqu'à son intégration. Le but étant de les autonomiser, je les laisse faire.

Au bout d'un certain temps, nous pouvons nous passer du cerceau : je demande à l'enfant de simplement faire une stimulation et/ou une lecture du corps en restant au bureau et de faire tout pareil que dans le cerceau.

Voici un exemple illustrant l'introduction de la sophrologie dans la prise en charge d'un enfant dyslexique.



EN PRATIQUE

Le cas de Louis

Louis, âgé de sept ans, m'est adressé par sa maîtresse de CE1, car il ne sait pas lire du tout ou presque. Malgré l'intervention du réseau d'aide de l'école depuis plus d'un an, il n'intègre pas la phonologie, présente encore des troubles du langage oral. Il pleure tous les matins avant d'aller à l'école, refuse les devoirs, se replie de plus en plus sur lui-même en classe. Le bilan met bien en évidence des séquelles de retard de parole-langage et des signes de dyslexie-dysorthographe chez un petit garçon démotivé, triste, qui se sent différent des autres et se qualifie de « trop nul ». Je propose à la famille de voir Louis deux fois par semaine : une séance de sophrologie, une séance d'orthophonie, avec pour objectif d'allier progressivement les deux dans la même séance.

Lors de la première séance Louis est surpris par ce que nous faisons : il est étonné de ne pas lire, s'amuse et participe pleinement.

Voici le contenu proposé :

- déplacements dans la pièce avec tous les sens en action pour s'approprier les lieux, yeux ouverts, puis pause d'intégration yeux fermés ;
- jeu de l'aveugle : je ferme les yeux et Louis doit me guider dans la pièce pour me la faire découvrir tout en me sécurisant, puis nous échangeons les rôles ;
- chacun prend un cerceau et choisit son emplacement : nous repérons les limites du cerceau ;
- découverte de la respiration abdominale en jouant avec le ventre comme un ballon qui se gonfle et se dégonfle ;
- sophronisation de base avec une balle en mousse : faire rouler la balle sur chaque partie du corps au fur et à mesure de la lecture corporelle ;
- exercice du moteur ;

- étirements/relâchements exagérés inspirés de la stimulation des hémicorps ;
- lecture du corps qì gong : tapoter les différentes parties du corps avec le poing fermé ;
- repérage de la verticalité, pose de la verticalité en passant verticalement une main au milieu du corps du sommet de la tête jusque vers les pieds sur une expiration ;
- passage assis au bureau : pause d'intégration, repérage de la nouvelle position et de l'équilibre du corps ; dessin libre.

Louis est extrêmement raide, ses mouvements sont très contenus, il n'a aucun équilibre, tombe à plusieurs reprises. Mais durant toute la séance, mon *terpnos logos* est très axé sur les ancrages et Louis finit par dire que c'est comme s'il devait mettre de la colle forte sous ses pieds pour être plus fort et ne plus tomber ; il interprète également le cerceau comme « un rond magique » qui le rend invincible.

Le dessin est très pauvre et représente un tout petit bonhomme avec un simple rond pour la tête, une barre pour le corps et quatre petits traits pour les membres.

La septième séance, presque deux mois plus tard :

- choix du cerceau et mise en place ;
- exercice du moteur ;
- respiration de l'arbre qui pousse ;
- exercice du Tratak ;
- sophronisation de base en tapotements : poings fermés, on tapote légèrement chaque partie du corps ;
- repérage des limites du corps ;
- gestes du cou ;
- exercice de la cible ;
- les hémicorps ;
- passage en position assise : repérage de la position, lecture du corps, préparation à accueillir le jeu de lecture et écriture ;
- dessin ;
- jeu : à chaque fois que Louis en a besoin, il retourne dans son cerceau, fait spontanément le moteur et/ou l'exercice de la cible, respire profondément, ferme ses yeux et peut aborder l'écrit en gestion mentale.

Louis est plus stable : il ne tombe plus, ne sort que rarement de son cerceau, est plus ancré. Il commence à être plus relâché, ses gestes se libèrent et ses mouvements se dissocient peu à peu. Ses dessins ont encore du mal à s'étoffer, mais ses personnages prennent du relief, se mettent en mouvement et surtout, Louis est capable d'élaborer un récit mettant en scène ses personnages.

Le langage écrit n'est plus considéré avec appréhension : Louis est capable de jouer avec les sons mais aussi les syllabes, développe bien ses capacités de mémorisation des mots ; il peut lire des phrases simples, s'intéresse aux livres ; il progresse vite et en est même très fier. Il est toujours pressé de venir « s'amuser » en séance. Ses parents sont plus sereins : Louis n'a plus peur d'aller à l'école, fait ses devoirs sans larmes et commence à lire les histoires des boîtes de céréales,

les panneaux publicitaires, etc. À l'école, la maîtresse note un changement d'attitude radical : Louis est motivé, participe, a pris sa place d'élève à tout niveau.

4. La prise en charge d'une dysphonie fonctionnelle : nouvelle voie de la sophrologie

Une dysphonie fonctionnelle est un trouble de la phonation dû à un défaut de coordination entre le souffle et le larynx (le vibreur) responsable d'un malmenage vocal. Au lieu d'utiliser le souffle abdominal contrôlé par l'action du diaphragme, le dysphonique utilise le souffle thoracique supérieur. Le larynx joue alors un double rôle – régulateur du débit d'air et vibreur – au lieu de servir seulement de vibreur.

Dans un premier temps, aucune altération primaire n'est visible à l'examen laryngoscopique. Mais à plus long terme, cette dysfonction peut entraîner des déformations ou des modifications morphologiques des cordes vocales (lésions laryngées).

Fiche La dysphonie

Les causes de dysphonies

Il est important de situer la voix comme partie intégrante de la personnalité du sujet : à ce titre, elle est fortement influencée par le côté émotionnel.

Nous retiendrons donc les causes suivantes :

- le surmenage vocal, notamment chez les enseignants, les avocats ;
- les facteurs psychologiques (contrariétés, deuils, soucis professionnels, financiers, sentimentaux...) ;
- un environnement professionnel bruyant ;
- le tempérament (les dysphoniques sont souvent vifs, nerveux, anxieux) ;
- un état chronique de conflit psychologique.

Les symptômes

Qu'il s'agisse des dysphonies liées à une hyper- ou à une hypokinésie, on relève, sur le plan vocal, des altérations :

- du registre (généralement abaissé) ;
- de l'intensité (plus forte ou plus faible) ;
- du timbre qui peut être rauque, éraillé, serré, voilé, soufflé, et être entaché de bitonalité, de désonorisation ou d'hypernasalité ;
- de la mélodie ;
- des attaques (dites « dures », en « coup de glotte ») ;

- de l'articulation (réduite, molle).

Le sujet a très souvent tendance à perdre sa verticalité en déplaçant le sternum vers le bas et le menton vers l'avant : ce qui provoque des crispations locales et générales. Ayant l'impression de manquer d'efficacité vocale, il fait un effort et ressent une oppression respiratoire et parfois des douleurs cervicales et/ou laryngées.

La prise en charge

Le processus classique de rééducation des dysphonies fonctionnelles comporte plusieurs étapes :

- information du sujet ;
- repos vocal si nécessaire ;
- relaxation ;
- posturologie ;
- apprentissage de la respiration ;
- exercices vocaux adaptés.

5. La sophrologie adaptée à la rééducation vocale

« La voix est un second visage. »

G. BAUËR

Une voix dit toujours la vérité : elle parle pour nous et nous trahit. C'est un instrument précieux et unique à chacun de nous ; notre corde sensible ; le haut-parleur de notre personnalité et de nos émotions.

N'aborder la rééducation vocale que par le biais de techniques corporelles m'apparaît maintenant réducteur. J'ai pourtant pratiqué de la sorte avant de me former à la sophrologie ; les résultats étaient variables : plutôt positifs au premier abord, mais avec parfois des récidives qui m'interpellaient quant à la qualité de mon travail.

Ma formation en sophrologie m'a permis de me resituer dans mon abord des problèmes vocaux : j'ai repris l'analyse des dossiers de mes patients adultes et ai constaté dans un premier temps qu'ils présentaient tous une respiration thoracique supérieure, montraient des problèmes de régulation du tonus musculaire et formulaient au début ou en cours de rééducation, une plainte par rapport à un sentiment de mal-être plus ou moins prononcé : stress au travail, angoisses, insomnies, peur de la mort. J'ai ensuite répertorié des douleurs physiques généralement situées au niveau des

épaules et du dos. J'ai enfin noté de fréquents problèmes d'équilibre et de posture qui apparaissaient lors des exercices et me suis aperçue qu'ils avaient beaucoup de mal à dissocier les parties de leur corps.

La sophrologie m'est alors apparue intéressante à introduire dans le protocole de rééducation vocale. Ne sachant pas trop comment m'y prendre, j'ai tout simplement commencé par des RD1 très basiques : sophronisations de base, stimulations de la première et/ou deuxième partie en position debout, puis passage en position assise pour lecture du corps, sophro-déplacement du négatif et activation du positif. Je proposais un cursus de six à sept séances, puis je passais à un travail vocal technique traditionnel. Les deux premiers patients avec lesquels j'ai procédé de la sorte ont bien évolué et surtout ont souligné qu'ils refaisaient chez eux certaines stimulations : le premier se libérait de son trop-plein de tensions par l'exercice de la cible et la stimulation des épaules (gestes de pompage) et après s'apaisait en faisant la séquence sophro-déplacement du négatif, activation du positif ; le second patient, plus âgé, m'a demandé un enregistrement de séances parce qu'il avait envie de reprendre chez lui les stimulations, mais n'arrivait pas à s'en souvenir, ce qui l'énervait et finissait par l'angoisser.

Ces deux cas m'ont incitée à aller plus loin. C'est alors que M^{me} J. est arrivée : même si elle présentait une pathologie un peu différente des dysphonies fonctionnelles, c'est elle qui m'a mise sur la voie de l'association sophrologie – technique vocale.



CAS PRATIQUE PRINCEPS

Paralysie récurrentielle de la corde vocale

M^{me} J., 38 ans, m'est adressée par son médecin ORL pour une paralysie récurrentielle de la corde vocale droite suite à une lobo-isthmectomie (ablation de la partie droite de la thyroïde en raison de nodules). La demande porte donc essentiellement sur une rééducation vocale, mais aussi une prise en charge de la respiration et de la déglutition. L'ordonnance porte une prescription de 20 séances à renouveler si besoin.

M^{me} J. est sans emploi et se dit très stressée par cette situation ; elle se décrit comme très nerveuse, anxieuse, ayant peur de la maladie ; elle vit mal la sclérose en plaque de sa sœur et le cancer du sein de sa mère. Fumeuse depuis l'âge de 17 ans, elle souhaiterait arrêter de fumer, mais son médecin traitant ne veut pas lui prescrire d'aide médicamenteuse tant qu'elle n'a pas amorcé elle-même l'arrêt du tabac. Elle est furieuse contre lui.

Elle souligne qu'elle a des problèmes ligamentaires aux deux genoux, qu'elle a été opérée d'une hernie discale il y a environ cinq ans et qu'elle va finir par avoir un ulcère à l'estomac, puisqu'elle est très angoissée et a toujours une boule dans le ventre au niveau de l'estomac ; elle ajoute qu'elle se mange les ongles et qu'elle a toujours eu besoin de faire beaucoup de sport « pour oublier un peu ses

angoisses ». Or depuis son opération de la thyroïde, elle ne peut plus avoir d'activité sportive : elle se sent très essoufflée, fatiguée : elle ne peut plus du tout faire d'efforts et ne gère pas sa respiration au quotidien (par exemple, elle ne peut plus monter les escaliers, ni marcher longtemps) ; elle n'arrive plus à parler comme avant (voix rauque, sans puissance), ce qui est très douloureux pour elle qui se décrit comme un personnage qui parle fort et beaucoup en société ; enfin, il lui est difficile de boire : elle fait régulièrement des fausses routes avec les liquides.

M^{me} J. se met à pleurer quand elle évoque les conséquences de sa paralysie ; elle est très angoissée quant à ses possibilités de récupération, puisque le chirurgien lui a donné un délai de deux mois, au-delà duquel il juge qu'il n'y aura plus d'évolution possible.

Elle me supplie en sanglotant de la prendre tous les jours, dit qu'elle ne pourra plus vivre normalement si elle ne récupère pas son souffle et sa voix.

Je propose à M^{me} J. de la voir deux fois par semaine dans un premier temps : il n'est pas question que je la prenne en séance quotidiennement, mais il me semble difficile pour elle de n'avoir qu'une prise en charge hebdomadaire. Elle n'accepte que difficilement ma proposition, peu convaincue d'obtenir des résultats probants à ce rythme de travail, même si elle s'entraîne chez elle.

Je n'explique pas en détail à Mme J. ce que nous ferons pendant les séances, car j'ai envie de lui proposer des séances de sophrologie : sa grande anxiété, ses tensions m'incitent à penser que cette démarche lui conviendrait, mais en même temps, je n'ai pas encore d'idée par rapport à l'introduction du travail de voix. Je lui explique que nous travaillerons beaucoup la respiration et que nous aurons une approche corporelle globale, mais que je ne peux pas lui donner plus de détails dans la mesure où j'adapte le travail de séance en séance.

Pour terminer cette séance de bilan, je lui propose d'emblée une courte pratique pour qu'elle se sente rassurée avant de partir :

- Debout : repérage de l'environnement.
- Ancrages, équilibre.
- Yeux fermés : lecture du corps, accueil des sensations.
- Repérage de la respiration.
- Pause de totalisation : pause d'intégration marquant la fin de la première partie de la séance en position debout.
- Assis : protection sophro-liminale : inspiration, courte rétention de l'air ; sur l'expiration, prononcer mentalement un mot qui évoque le calme, la tranquillité, la sérénité.

M^{me} J. a du mal à rester silencieuse : j'ai à peine fini de lui expliquer une stimulation qu'elle demande des explications, veut que je vérifie si elle fait bien. Elle a du mal à garder les yeux fermés ; elle se racle beaucoup la gorge et bouge beaucoup ; sa respiration est courte, sifflante et claviculaire.

M^{me} J. dit que cette invitation à la détente n'était pas mal, mais elle s'inquiète de ne pas avoir abordé directement le travail vocal (« Mais c'est pas ça qui va me permettre de retrouver ma voix, je suppose... »).

Dès la séance suivante, je commence à établir un fil conducteur par rapport à l'introduction du travail vocal dans le protocole de sophrologie.

Voici le déroulement de quelques séances illustrant la progression.

Première séance

- Debout : repérage de l'environnement.
- Repérage de la respiration.
- Yeux fermés : lecture du corps.
- Conscience de la posture, des contacts, de l'équilibre.
- Accueil des sensations, lecture du corps.
- Gestes du cou.
- Pause d'intégration : temps de récupération des sensations.
- Gestes de pompage.
- Pause de totalisation.
- Conscience de la respiration abdominale, du trajet de l'air à l'inspiration, à l'expiration.
- Protection sophro-liminale.
- Désynchronisation.

Séance de milieu de rééducation

- Équilibre, ancrage.
- Repérage de la respiration, sensations.
- Fermer les yeux sur une expiration.
- Ancrage dans la respiration.
- Synchronisation de base debout.
- Gestes du cou.
- Pause d'intégration.
- Stimulation de la cible.
- Pause d'intégration.
- Stimulation des hémicorps.
- Pause de totalisation en position assise.
- Sophro-déplacement du négatif.
- Sophro-présence du positif.
- Concentration sur les résonateurs (cavités au-dessus des cordes vocales où l'air peut circuler) ; éveil, dynamisation de chacune des cellules des résonateurs sur chaque inspiration.
- Faire résonner mentalement un son de son choix dans les résonateurs en sophro-respiration synchronique : inspiration, rétention de l'air, envoyer la pression d'air dans les résonateurs supérieurs, faire résonner mentalement un son de son choix, sensations, expiration.
- Ressentir ce son sur chacune des parties du corps en sophro-respiration synchronique : inspiration, rétention de l'air, évocation du son choisi, sensations du son dans la tête et le visage, expiration ; et ainsi de suite sur chacune des parties du corps.
- Pause de totalisation.
- Dynamisation des capacités.
- Désynchronisation.

Séance de fin de rééducation

- Se poser dans l'environnement au travers des cinq sens.
- Ancrages, équilibre.
- Repérage de la respiration, sensations.
- Fermer les yeux sur une expiration.
- Ancrage dans la respiration.
- Sophronisation de base debout.
- Mouvements de « pompage » avec les épaules.
- Pause d'intégration.
- Exercices des poignets.
- Pause d'intégration.
- Stimulation des hémicorps.
- Pause de totalisation en position assise.
- Sophro-déplacement du négatif.
- Sophro-présence du positif.
- Résonateurs supérieurs : éveil, résonance d'un son, puis de la voix.
- Travail de modulation de fréquences sur sons libres : en respiration abdominale synchronique, émettre des sons de différentes hauteurs en pleine conscience des sensations corporelles, en pleine conscience du geste vocal (les sons doivent être dirigés par-dessus la tête d'interlocuteurs évoqués).
- Modulations de l'intensité sans sonorisation : en respiration synchronique, évoquer mentalement des sons plus ou moins forts en pleine conscience des sensations corporelles, en pleine conscience de l'importance du travail du diaphragme et des résonateurs supérieurs.
- Temps de relâchement : lecture du corps en respiration abdominale, lâcher des tensions perçues sur chaque expiration.
- Modulations de l'intensité en sonorisation : exercice précédent, mais avec émissions de sons de différentes intensités.
- Temps d'intégration.
- S'évoquer utilisant sa voix de différentes façons dans des situations diverses.
- Intégration.
- Évocation d'un souhait pour soi-même.
- Dynamisation des capacités.
- Désophronisation.

Au bout de douze séances, M^{me} J. a bien récupéré : elle a retrouvé une voix presque identique à celle d'avant l'opération, sauf qu'elle est un peu plus grave et qu'elle manque d'intensité (« Par exemple, je peux pas encore crier comme je veux sur mes gamins ou faire la fête comme avant »). Elle aimerait poursuivre la prise en charge pour affiner son confort vocal. Le problème de souffle lui pèse encore dans la vie quotidienne, bien qu'elle note une bonne amélioration depuis le début de la prise en charge. Elle se sent globalement plus calme – même son entourage le lui a fait remarquer en lui demandant si elle avait diminué sa dose journalière de café – et elle sent moins le besoin de fumer. Elle souligne qu'elle ne comprend pas très bien pourquoi, mais elle n'a quasiment plus mal au dos.

Généralisation à la rééducation des dysphonies fonctionnelles

La bonne évolution de M^{me} J. m'a encouragée à investir vraiment la sophrologie dans les rééducations de dysphonie fonctionnelle. J'ai globalement conservé le même déroulement des pratiques ; j'ai simplement introduit au début des séances des exercices comme « le moteur » ou « l'algue » décrits dans la séquence précédente sur la dyslexie pour donner diverses approches de la régulation du tonus musculaire. J'insiste également beaucoup sur la notion d'ancrage et de verticalité : je travaille même parfois face à un grand miroir, lorsque les patients n'arrivent pas à prendre conscience de leur déséquilibre.

Concernant les pratiques, je note que les patients aiment tout particulièrement la stimulation de la tête et du cou, celle des épaules et la séquence « sophro-déplacement du négatif, sophro-présence du positif » et la reproduisent régulièrement chez eux.

Pour certains patients, le travail en sophrologie a suffi. Pour d'autres, nous avons poursuivi en technique vocale en nous référant régulièrement à ce que nous avons vécu en séance de sophrologie, ce qui a permis d'affiner plus simplement les ajustements vocaux.

6. Les limites

S'il m'est facile d'introduire la sophrologie en relation duelle avec les jeunes enfants, les adolescents sont en revanche parfois nettement plus réticents. Rien que de se mettre debout est déjà épuisant pour certains, ils n'aiment pas toujours bouger, trouvent que ce que l'on fait ne sert à rien...

Certains enfants trop turbulents peuvent avoir du mal à se canaliser ou montrent un sentiment de toute-puissance tel qu'ils ne peuvent accepter que ce soit moi qui guide la séance.

Le travail en sophrologie peut aussi faire naître des prises de conscience douloureuses que nous, orthophonistes, ne sommes pas en mesure de prendre en charge : l'une de mes patientes a vécu en pleine séance de sophrologie l'émergence de la souffrance qui l'étouffait depuis des années et s'est effondrée en larmes. Nous avons eu un temps de discussion qui a permis de poser prioritairement un travail psychiatrique.

Je travaille en milieu plutôt rural et la sophrologie n'est pas encore bien connue partout : lorsque j'ai évoqué l'abord de la prise en charge vocale par des techniques orthophoniques soutenues par des séances de sophrologie, je me suis heurtée au refus d'un monsieur retraité qui considère la sophrologie comme une « dérive sociale menée par des illuminés »...

Enfin, avec une autre personne d'une trentaine d'années, très tendue, anxieuse, dans un contrôle excessif à tout niveau, je n'ai pas pu introduire d'emblée la sophrologie : elle ne faisait que parler, n'arrivait pas à se poser. Je lui ai donc proposé dans un premier temps des exercices très toniques : déplacements, sauts, jeux de ballon qui nous ont permis d'introduire le travail du souffle, et de limiter peu à peu le discours incessant ; puis nous avons fait des concours d'équilibre en silence et avons abordé le travail statique par l'exercice du moteur en modulant la puissance ; enfin nous avons travaillé avec les mouvements elliptiques d'amplitude décroissante en insistant sur le recentrage dans la verticalité, les ancrages et la respiration abdominale. Nous avons pu enfin introduire la relaxation dynamique du premier degré et le travail vocal.

La sophrologie, comme toute autre technique, est donc un outil que l'on ne peut utiliser de façon systématique : l'écoute et l'empathie doivent rester la base de notre projet de rééducation pour que nous puissions proposer au patient les techniques qui lui correspondront.

7. Conclusion

Ces expériences de rééducation montrent bien que la sophrologie offre une ouverture dans la prise en charge orthophonique : elle permet de rééquilibrer une approche qui se veut initialement très technique et axée sur le symptôme et d'aborder le patient dans sa globalité. Ce dernier se trouve alors acteur à part entière de sa rééducation, ce qui lui confère une autonomisation plus aisée et une meilleure intégration des outils proposés : progression plus rapide à mon sens, réutilisation des acquis plus efficace dans des circonstances différentes, restauration de l'estime de soi et de la confiance en soi me semblent les points les plus flagrants de l'association sophrologie-orthophonie.

Des résultats sont encourageants, mais qui ne sont pas sans certaines prises de conscience : le praticien doit oser se détacher d'une part des techniques de rééducation purement orthophoniques, d'autre part des protocoles caycédiens de base pour y introduire sa propre approche : choisir les exercices qui lui semblent les plus appropriés en fonction des objectifs, adapter le *terpnos logos*, introduire les outils

orthophoniques, moduler l'approche sophrologique avec d'autres techniques de structuration du schéma corporel issues du qi gong, du yoga ou de la *Brain Gym* par exemple sont autant d'aventures expérimentales qui enrichissent sa palette d'approches pour structurer le temps, l'espace, le corps ; accepter de ne pas systématiser le travail au niveau sophro-liminal pourrait également heurter certains puristes, mais si l'on considère que les enfants intègrent plus directement par le mouvement, la fonction tonique permet alors dans un premier temps d'établir le contexte communicationnel des séances ; c'est le *terpnos logos* répétitif, régulier, rythmé, qui se posera peu à peu comme médiateur pour conduire l'enfant jusqu'au seuil sophro-liminal tout en véhiculant les notions clés à aborder.

Dans ces exemples présentés, que ce soit pour la rééducation des dyslexiques ou celle des dysphoniques, la RD1 notamment se pose comme de véritables fondations sur lesquelles l'orthophoniste va étayer son *terpnos logos* pour proposer ses techniques de rééducation. Cette démarche laisse alors envisager l'implication potentielle de la sophrologie pour la prise en charge d'autres pathologies, comme la maladie d'Alzheimer par exemple, qui peut être intéressante par l'abord des sophro-anamnèses et sophro-mnésies.

La sophrologie, tout comme l'orthophonie, sont donc deux disciplines à part entière, riches à exploiter, complémentaires et malléables qu'il faut oser confronter, combiner : secrète osmose, alchimie, émergence de nouveaux protocoles pour une pratique aux horizons multiples.

8. Bibliographie

- ABREZOL R. (1994). *Tout savoir sur la sophrologie*, Lausanne, Randin Signal.
- AMY DE LA BRETEQUE B. (2000). *À l'origine du son : le souffle*, Marseille, Solal.
- BARRAQUE P. (2001). *Relaxation et détente des enfants*, St-Julien-en-Genevois, Jouvence.
- BONNASSE P. (2009), *Le pouvoir de l'attention*, Paris, Médicis.
- CHENE P.A., AUQUIER M.A. (2008). *Sophrologie. Gérez votre stress*, Paris, Ellébore.
- DAVROU Y. (1985). *Comment relaxer vos enfants*, Paris, Retz.
- DAVROU Y. (1986). *La Sophrologie facile*, Paris, Retz, Marabout.
- DELAMARRE C. (2003). *À pleine voix*, Marseille, Solal.
- ESTIENNE F. (2005). *185 exercices pour les dyslexiques*, Paris, Masson.
- ETCHELECOU B. (dir.) (2010). *9 cas pratiques en sophrologie*, Paris, InterÉditions.
- EVANO C. (1999). *La Gestion mentale*, Paris, Nathan.

- GAGNE P. (1999). *Pour apprendre à mieux penser*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill.
- GAUTHIER P. (2008). *Découvrir la sophrologie*, Paris, InterÉditions.
- GILLET M. (1994). *L'Enfant et la Sophrologie*, Paris, La Méridienne.
- LOUSSOUARN T. (2007). *35 plages de sophrologie*, Labège, Dangles.
- MANENT G. (1998). *L'Enfant et la Relaxation*, Barret-Le-Bas, Le Souffle d'Or.
- SOTTO A., OBERTO V. (2010). *Donner l'envie d'apprendre*, Bruxelles, Ixelles Éditions.
- VILLIEN F. (2009). *La Respiration anti-stress*, Paris, J. Lyon.
- WELLER S. (1999). *20 techniques de respiration pour évacuer stress, fatigue et anxiété*, Paris, Véga.

Chapitre

21

Sophrologie et kinésithérapie en pratique courante

MAX BRESLER

> Pourquoi ce chapitre ?

L'objectif de notre chapitre est d'apporter une réflexion sur la contribution de la sophrologie à la kinésithérapie, de mettre en évidence son intérêt dans la prise en charge des patients, d'ouvrir des perspectives de travail simultané, surtout si l'on prend en compte l'évolution de la kinésithérapie, quant à ses orientations, son mode d'exercice libéral ou en institution.

Sommaire

1. Champs d'activités et évolution de la kinésithérapie.....	463
2. Kinésithérapie, relaxation et sophrologie.....	464
3. Les apports théoriques de la sophrologie à la kinésithérapie.....	466
4. La pratique de la sophrologie en kinésithérapie.....	468
5. Les indications générales de la sophrologie en kinésithérapie.....	470
6. La prise en charge du système « ostéo-tendino-neuro-myo-articulaire ».....	474
7. Sophrologie et rachialgies.....	481
8. Le système cardio-respiratoire.....	485
9. Conclusion.....	488
10. Bibliographie.....	490

La kinésithérapie (*physiotherapy* dans les pays anglo-saxons) traite ou prévient l'altération des capacités fonctionnelles ou, lorsqu'elles sont altérées, s'efforce de les rétablir et d'y suppléer. Elle vise à accélérer le retour à la vie active du patient.

Pour ce faire, elle utilise en effet, des techniques qui lui sont propres : massage, mobilisation (active ou passive), électrothérapie, hydro-balnéothérapie, appareillage, techniques neuromusculaires, rééducation respiratoire et cardiaque, gymnastique médicale... Elle peut être associée à différentes actions d'éducation, de formation, de prévention, d'encadrement et de dépistage, en collaboration avec d'autres professionnels de santé.

Aujourd'hui, le masseur-kinésithérapeute est responsable de ses choix thérapeutiques à partir du bilan kinésithérapique. Avant tout, il fait une analyse qui induit la trame de son intervention ; elle est personnalisée et intègre la dimension globale (psychologique, sociale, économique, culturelle) du patient. Le conseil de l'Ordre des kinésithérapeutes considère que ses membres ont une « activité raisonnée mettant le patient au centre du projet thérapeutique, visant à rétablir ses capacités fonctionnelles, son autonomie et sa santé¹ ».

Dans le but de compléter leur formation spécifique, de nombreux kinésithérapeutes font le choix d'ajouter l'ostéopathie à leurs compétences. Sur ce sujet précis, l'École suisse romande en donne la définition que nous prendrons en compte dans l'élargissement des domaines d'application de la kinésithérapie :

« L'ostéopathie vise à rétablir l'harmonie, le bon équilibre et la bonne mobilité de l'ensemble des structures du corps. Son but est de permettre à l'homme de s'autogérer et à l'organisme de se reprendre en charge afin de mieux se défendre contre l'agression. L'ostéopathie s'adresse à tous les niveaux de fonctionnement de l'organisme². »

1. Champs d'activités et évolution de la kinésithérapie

Il est à noter que la reconnaissance de la masso-kinésithérapie par les pouvoirs publics date de 1946 ; dans ses débuts, son champ d'activité se cantonnait à la traumatologie, l'orthopédie, les pathologies respiratoires et rhumatologiques ainsi que la prise en charge des séquelles de poliomyélite dont une importante épidémie a fait des ravages jusqu'à l'aube des années soixante. L'évolution des techniques chirurgicales, médicales, a amené la kinésithérapie à élargir son champ d'intervention dans

.....

1. www.smknc.com/deacutefinition.html.

2. www.osteopathie-ecole.ch.

toutes les spécialités médicales : chirurgie réparatrice, pathologies cardiovasculaires, participation à l'éducation-santé ; pour mémoire, je citerai l'École du dos.

Simultanément, sont apparus de nouveaux protocoles d'intervention ainsi qu'une évolution des matériels aussi bien dans les cabinets libéraux que dans les institutions spécialisées. De plus, les conditions d'exercice ont évolué, en libéral comme en institution grâce à la recherche d'une approche holistique du patient, conjuguée à la participation de toutes les spécialités médicales et paramédicales lorsque les conditions étaient réunies. Le champ d'activité de la kinésithérapie s'est élargi en s'intégrant au domaine sportif, au thermalisme, à la gériatrie et au bien-être. De la même façon, la prise en charge du patient a subi cette évolution ; en effet, ce dernier se comportait de manière passive, laissant toute initiative à son praticien lors de son traitement mais par la suite, on lui a demandé une contribution personnelle, physique et psychique.

Citons à ce propos le docteur Jacques Xenard :

« Le patient ne subit pas, il participe physiquement et psychologiquement au traitement ; la prise en charge entre le kinésithérapeute et son patient est une sorte de contrat moral, celui-ci l'écoute, le conditionne pour l'amener avec son aide au maximum de sa récupération³. »

La kinésithérapie s'inscrit en droite ligne dans les objectifs que donne l'OMS. en 1946 pour définir l'état de santé : « La santé est un état complet de bien-être, physique, mental et social de l'être humain. »

2. Kinésithérapie, relaxation et sophrologie

Kinésithérapie et relaxation cohabitent depuis la création de cette dernière discipline. Le mot *relaxatio* en latin signifie « action de relâcher » mais aussi « relax », ce qui, en pratique juridique, signifie « libération » : « M. X... est mis en état de relaxe ou a été relaxé », ce qui signifie qu'il est libre.

Re-lâcher ; lâcher-prise ; libération du corps

Le docteur Durand de Bousingen en donne la définition suivante :

« Les techniques de relaxation sont des procédés thérapeutiques bien définis visant à obtenir chez l'individu une décontraction musculaire et psychique à l'aide d'exercices appropriés ; la

.....

3. Ancien médecin-chef du centre rééducation du nord-est Nancy (communication écrite personnelle).

décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique. » (1961, p. 6)

Dans de nombreux services de kinésithérapie, les techniques de relaxation telles que le training autogène de Schultz, la relaxation progressive de Jacobson sont utilisées par les kinésithérapeutes ou par les autres membres de l'équipe soignante dans la prise en charge des patients avec des objectifs généraux.

Pour sa part, Gérard Thouraille, kinésithérapeute-sophrologue décrit avec pertinence le lien qui existe entre kinésithérapie et sophrologie en ces termes :

« Rappelons le sens du mot grec *kinésis*. Il s'agit du mouvement du corps mais aussi du mouvement de l'âme. Pour les Grecs, l'âme (la psychè) n'était pas une entité abstraite, mais désignait plutôt ce que nous appelons aujourd'hui la totalité psychosomatique de l'individu. Sous cet éclairage, les mouvements du corps sont indissolublement liés aux mouvements de l'âme⁴... »

La pratique kinésithérapique illustre bien cette réflexion car la rééducation consiste à redonner le maximum de son intégrité corporelle à l'individu, nous obligeant ainsi à prendre en charge la notion de corps-esprit dans notre pratique professionnelle.

Gérard Thouraille, continuant sa démonstration, écrit : « Mais cela concerne tout autant le vécu d'un être humain, sa perception intime, l'image de son corps, son histoire personnelle, son système symbolique : en un mot son être au monde⁵. »

Dans un environnement contraignant pour les patients, entourés d'une technologie de plus en plus sophistiquée et complexe, il s'agit de redonner toute sa valeur à l'image corporelle, au lien personnel du malade à son propre corps. Considérée sous cet angle, la sophrologie nous apparaît comme le vecteur pouvant faire le lien corps-esprit et pouvant s'intégrer efficacement dans un traitement kinésithérapique.

Pour quelles raisons ?

Le professeur. A. Caycedo, initiateur de la sophrologie, donne en 1960 la première définition :

« La sophrologie est une science, ou mieux, une école scientifique qui étudie la conscience, ses modifications et les moyens physiques, chimiques ou psychologiques pouvant les modifier dans un but thérapeutique, prophylactique ou pédagogique en médecine. »

Le docteur Luc Audouin la considère comme la synthèse « des traditions occidentales du soin par la parole (Schultz, Jacobson) aux traditions orientales de l'éveil de

.....

4. Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme universitaire de relaxation thérapeutique à l'université de Pau.

5. G. Thouraille, communication au congrès de sophrologie d'Avignon, octobre 2010.

la conscience par les postures (Yoga, méditation bouddhique, zen) » (2004, p. 5). Par cet élargissement intellectuel, la sophrologie ouvre sur le plan théorique et pratique, de vastes perspectives d'intervention dans le champ kinésithérapique.

Dans la suite de ce chapitre, nous allons envisager l'apport général de la sophrologie sur le plan théorique et pratique à la kinésithérapie, en nous projetant dans ces grands champs d'intervention constitués par les systèmes ostéo-myo-articulaires, rachis, cardio-respiratoires.

3. Les apports théoriques de la sophrologie à la kinésithérapie

Dans sa démarche théorique, le professeur Caycedo pose un certain nombre de principes fondamentaux de la sophrologie, inhérents à ce qui lui confère sa spécificité. Pourquoi les principes fondamentaux de la sophrologie sont-ils particulièrement adaptés à la kinésithérapie ?

Le schéma corporel (SC) comme réalité vécue

Head (1911) élabore le concept de SC tandis qu'ultérieurement d'autres auteurs tels Schilder et Dolto l'élargissent. On peut le définir comme un carrefour d'intégration corporel sur lequel vont venir s'inscrire toutes les stimulations sensorielles (cénesthésiques, kinesthésiques, intéroceptives, proprioceptives). Ce principe est spécifique à la sophrologie : « Le schéma corporel, c'est la base de la conscience. Le corps c'est la présentation de la conscience⁶. »

Michèle Declerck, dans sa thèse de doctorat, montre l'interaction du travail sophrologique sur le SC, ce qui intéresse tout particulièrement les kinésithérapeutes :

- « À voir l'utilisation du SC en sophrologie, on a en effet l'impression d'une manipulation qui vise à mettre en œuvre les aspects du SC jusqu'à en épuiser les potentialités :
- perception du corps propre ;
 - reconnaissance du corps énergétique ;
 - constat de labilité, mais aussi de l'éducabilité des sensations ;
 - expérience d'une prise de distance possible entre le corps vécu et ses représentations. » (1999, p. 130)

6. A. Caycedo cité par Gautier, 2008.

La majorité des patients pris en charge en rééducation présentent une altération de leur schéma corporel et comme le note B. Etchelecou : « L'équilibre d'un individu passe avant tout par la prise de conscience de son schéma corporel » (2007, p. 3).

Toute pratique sophrologique commence par une sophronisation de base qui est une prise de conscience corporelle avec une induction de ressenti, de prise en main du corps, avec des mots spécifiques : « prise de conscience des tensions de votre front » ; « relâchez les muscles du cou » ; « libération du thorax ». Cette induction est « un moyen destiné à permettre un progrès décisif vers l'unité et l'autonomie de la personne » (Declerck, 1999, p. 13).



GROS PLAN

Pour schématiser, il est possible de partager le cursus sophrologique en deux parties comme suit :

- un versant d'exercices de type statique que l'on retrouve dans toutes les techniques de relaxation (Shultz, Jacobson) ;
- un versant de type dynamique, issu des techniques orientales qui est l'une des spécificités de la sophrologie et sur laquelle nous portons une attention toute particulière, notamment en ce qui concerne la kinésithérapie.

Mesurons l'association de ces deux mots : relaxation-dynamique. On pourrait les considérer comme antinomiques à première vue, mais, par leur association relaxation et dynamique, ils sont intimement liés. Lâcher-prise pour l'un et force-vitalité pour le second : ceci permet comme le souligne B. Etchelecou « la conquête de la corporalité par la conscience » et j'ajouterais, pour le patient en kinésithérapie, la « reconquête » ou « l'intégration » de son handicap si celui-ci devenait inéluctable.

La RD1 issue du yoga hindou consistant en une succession de mouvements synchronisés avec la respiration, se pratiquant en position assise ou debout, va pouvoir être à la base de tout travail dynamique en sophrologie que ce soit en secteur hospitalier ou en phase de rééducation active. Dans ce sens, M. Declerck souligne cet aspect non négligeable : « C'est l'exercice musculaire, ou plutôt sa rémanence qui va permettre la prise de conscience "kinesthésique" du schéma corporel » (2009, p. 98).

Dans la partie dynamique du premier degré que l'on va mettre en œuvre, « le vécu corporel a essentiellement la forme d'un agir⁷ ». Agir, action, c'est un travail kinésithérapique où le corps sera sollicité dans ses trois dimensions avec l'objectif majeur qui consiste à *restructurer* l'être l'humain afin qu'il retrouve son propre équilibre.

4. La pratique de la sophrologie en kinésithérapie

Quelles sont les modalités de l'exercice de la sophrologie dans le cadre de la kinésithérapie ?

Soit le kinésithérapeute se forme scientifiquement à la sophrologie, soit il délègue la prise en charge sophrologique à un autre membre de l'équipe soignante. Mais dans tous les cas, un certain nombre de consignes doivent être précisées et respectées.

Le cadre de travail

Il est préférable et même indispensable que les séances de sophrologie se déroulent dans une autre pièce que les lieux où se pratiquent les exercices de kinésithérapie. Dans le cas de traitement en secteur alité, il est indispensable de préparer le patient à la séance : aération, installation confortable et de faire en sorte qu'un « rituel sophrologique » s'installe entre le praticien et le patient.

Fiche La première rencontre

Cette première prise de contact est très importante car elle va permettre d'établir un climat de confiance entre le sophrologue et son patient.

La présentation de la sophrologie

Il s'agit de fournir des explications simples pour informer le patient et cet outil va compléter le traitement kinésithérapique qui lui donnera les éléments nécessaires pour mieux surmonter un certain nombre de ses « blocages ». C'est « un travail » sur le corps qui va avoir des répercussions sur son « mental » afin de lui permettre de participer physiquement et psychiquement à sa récupération. Dans un second temps, le praticien pourra expliquer au patient, grâce à des consignes pratiques, qu'il lui sera possible de refaire chez lui des exercices à la demande, soit en cas de douleurs, soit de contractures... Il est nécessaire de garder à

7. G. Thouraille, intervention au congrès de sophrologie plurielle, non publié, 2010.

l'esprit que la présentation des outils de la sophrologie soit faite à l'aide d'exemples comme la respiration, apprendre le lâcher-prise, exercice d'imagerie mentale.

Le dossier sophrologique

Ce dossier sera indépendant du dossier médical.

- Prendre les renseignements principaux relatifs au sujet, son entourage, son travail, ses passe-temps, ses activités physiques...
- Importance des sensations de plaisir (images, odeurs, sons, couleurs, saveurs...).
- Importance de ses réussites positives à mettre en valeur.
- Prise de conscience des sensations actuelles : tensions musculaires ou articulaires...
- Repérer les secteurs du corps – voire certains verbes ou mots à connotation négative ou douloureuse qui font partie de son vécu – à éviter de prononcer pour des raisons médicales ou psychologiques.
- Informations relatives à la qualité de son sommeil.
- Être attentif à son état psychologique et émotionnel.

Ce dossier va permettre au thérapeute de dresser le « profil sophrologique » de son patient afin de mettre en place son futur programme et ses objectifs en fonction des différentes pathologies concernées.

La première séance de sophrologie

Lors de la prise de contact, il est utile de pratiquer dès le début une séance qui consiste en un schéma au déroulement tout à fait classique : alliance sophronique/séance de phénoménodescription.

La séance sera volontairement courte, basée sur une induction de relâchement corporel associé à une respiration relaxante : « vous inspirez au rythme d'une vague qui monte... et s'arrête au sommet... puis, inspiration courte... expiration longue... ». Lors de l'activation, le thérapeute propose à son patient la visualisation d'une image ou encore de faire venir en pensée une sensation apaisante, réconfortante, positive.

Les modes d'exercices de la sophrologie en kinésithérapie

Afin de ne pas augmenter le temps de traitement qui est déjà conséquent, la durée des séances ne doit pas excéder trente à quarante minutes. En centre de rééducation ou dans d'autres institutions s'occupant de pathologies spécifiques telles que rachialgies, pathologies respiratoires, la sophrologie peut se pratiquer en mode collectif mais la prise en charge doit être personnelle, notamment au début du traitement des patients.

5. Les indications générales de la sophrologie en kinésithérapie

La stagnation dans la récupération du patient

Au cours du traitement kinésithérapique, en particulier lors des traitements qui portent sur une longue durée, on peut remarquer des périodes de palier, de stagnation en ce qui concerne la récupération du patient : soit dans la fonction lésée, soit dans un certain nombre de paramètres interférant avec celle-ci, comme l'amplitude articulaire, la force musculaire, les douleurs rebelles aux traitements médicaux. Dans certains cas, on constate un repli sur soi : le patient s'exprime avec pessimisme : « Il n'y aura plus de progrès » « Je ne réussis plus à me concentrer sur mon traitement ». Dans sa prise en charge kinésithérapique, il reste en retrait, fait montre d'une certaine lassitude, il pratique les exercices avec une gestuelle automatique et refuse même toute participation : « À quoi bon ? » Attitude anxiogène. Perte de confiance en soi.

Intervient alors une prise en charge sophrologique réalisée par un membre de l'équipe soignante ou par le kinésithérapeute-sophrologue, dont l'objectif est de renforcer la confiance en soi afin de surmonter les obstacles.

Les étapes de la prise en charge sophrologique

Tout d'abord, établir ou rétablir un climat de confiance avec son patient ; ce n'est pas une perte de temps que d'avoir un entretien explicatif avec lui ! L'écoute attentive : le laisser verbaliser, à sa manière et à son rythme, la totalité de ses sensations, de ses souhaits ; lui offrir le temps nécessaire pour exprimer ses appréhensions et ses attentes.

Proposition de prise en charge sophrologique avec des objectifs précis : retrouver la confiance en soi – physique et mentale – pour mieux aborder cette phase palliative dans les progrès de la rééducation, ceci pour atteindre une récupération maximale.



CAS PRATIQUE

Un sportif polytraumatisé en centre de rééducation

Denis 35 ans, sportif, polytraumatisé suite à un accident de moto, se retrouve en centre de rééducation, enthousiaste au début pour récupérer ses facultés physiques dans les meilleurs délais. « Vous verrez avec moi cela ira vite ! »

Il voulait brûler les étapes... Mais, arrive une phase de palier suivie d'une phase de découragement à la mesure exactement opposée à son enthousiasme de

départ. Denis peut s'asseoir, se mettre debout. Le kinésithérapeute sophrologue lui propose de l'accompagner afin de surmonter cette période difficile.

Fiche

L'intervention sophrologique

Mise en place du programme

- Brève présentation de la sophrologie et de son utilisation dans le milieu sportif. L'objectif du travail sophrologique est de l'amener mentalement à mieux participer à son traitement de rééducation et de récupérer ses facultés de manière optimale. Nécessité d'obtenir son consentement.
- Dans la prise en compte de son dossier sophrologique, voir avec lui ses réussites personnelles antérieures, celles qui, d'une manière générale, lui procurent une satisfaction toute particulière. Les mots, les sensations qui le stimulent. Choisir un mot, un verbe...

Déroulement des séances

La séance pourra se faire en position assise ou couchée avec comme objectif une redécouverte de son corps, une recherche du « ressenti corporel » que l'on pourrait intituler « Voyage autour de mon corps ».

Proposition d'induction

« Vous vous installez confortablement, dans la meilleure position possible, la plus agréable pour vous. Vous baissez vos paupières afin de mieux vous isoler de ce qui vous entoure... Concentrez-vous sur votre respiration... Prenez plaisir à la contrôler. La respiration est l'une des clefs de votre apport énergétique, elle apporte l'oxygène nécessaire à votre cerveau et à tout votre corps, elle rejette les déchets... En gonflant le ventre, vous inspirez ; l'air remonte, ouvre la cage thoracique, l'expiration libère la cage thoracique, relâche les abdominaux. Pratiquez 2 ou 3 respirations complètes, librement... Imaginez que vous suivez, à l'aide de votre doigt ou avec un crayon de couleur, le contour de votre corps... Vous commencez par le sommet de la tête... le long de la tempe... vous dessinez le contour de l'oreille... la mâchoire... la légère courbe de votre cou... l'arrondi de l'épaule... le long de votre bras... avant-bras... poignet... main... contour de chaque doigt... Remontez le long de la face interne de votre bras en dessinant le creux du coude... puis de l'aisselle... suivez les contours du buste... les côtes... creux de la taille... contour du bassin... hanche... extérieur de la cuisse... genou... mollet... cheville... empreinte de votre pied jusqu'à chaque orteil... avant de remonter le long de la voûte plantaire... de la face interne de la cheville... jambe... cuisse... périnée... avant de continuer votre trait pour tracer les contours de l'autre moitié de votre corps... afin de rejoindre par le même processus votre point de départ ; vous rejoignez le sommet de votre tête... Votre respiration est calme, lente et régulière... Vous dessinez les contours de votre corps, lentement, avec précision... Dans votre position, prenez conscience des points d'appuis de votre corps sur le sol... Vous êtes très attentif à la perception de tout ce que vous ressentez dans votre corps... laissez-vous imaginer la face avant de votre corps : tête, membres supérieurs, thorax, ventre, bassin, colonne vertébrale, membres inférieurs... Pour la partie postérieure vous en sentez les points d'appuis... votre respiration est lente, calme et régulière... Ce corps c'est le vôtre... Vous le ressentez... avec votre aide... Il va retrouver le maximum de ses potentialités... Maintenant si vous le voulez, vous allez inspirer en laissant

venir à vous « le mot » qui vous stimule »... À l'expiration, lentement, vous diffusez ce mot dans toutes les parties de votre corps : tête, thorax, membres supérieurs, ventre, bassin, colonne vertébrale, membres inférieurs... Faites 3 fois et de la même façon, cette inspiration/expiration... Ressourcez-vous dans ce bain d'énergie... ressentez toutes les sensations de votre corps... Maintenant, vous pouvez vous préparer à retourner dans votre environnement... contractez vos doigts et vos mains... bougez... Inspiration... Expiration... bâillez... et quand vous le voulez, vous ouvrez les yeux et souriez à la vie... »

Désophronisation et phénodescription : écoute approfondie des sensations ; demandez l'accord du participant pour poursuivre la sophrologie, proposition de programmation.

Consignes : à refaire 4 fois par jour.

Séances 2 à 4. Objectif : relâchement corporel, sensation positive, respiration, intégration du schéma corporel (en position assise si possible).

- Sophronisation de base : avec introduction de la sophro-stimulation corporelle par la pratique d'une tension douce synchronisée avec la respiration sur les différentes parties du corps. Elle s'effectue avec la séquence IRTER c'est-à-dire successivement : inspiration, rétention, tension douce d'une région du corps, Expiration, Récupération.
- Mots utilisés : vous relâchez, vous libérez, vous détendez.
- Activation intra-sophronique : sensation positive, image positive, visualisation positive (faire venir à l'esprit du patient une situation qu'il a réussi à surmonter grâce à la participation du mental).
- Désophronisation et phénodescription.

Séances 4 à 6. Objectif : on se projette dans l'avenir en ayant surmonté les difficultés afin d'atteindre la récupération maximum.

- Sophronisation de base.
- Activation intra-sophronique : mettre en place la sophro-acceptation progressive, technique particulièrement adaptée à la situation. En effet, en utilisant les ressources de la visualisation positive et la capacité de l'esprit à se projeter dans l'avenir, cette démarche va permettre au patient de se projeter dans le futur en étant plus confiant et plus maître de ses émotions afin de dépasser les phases difficiles auxquelles il sera confronté. Dans le cas de Denis, sa passion du sport va être le facteur aussi motivant que déterminant, car son objectif c'est la reprise au plus vite de sa pratique sportive.
- Désophronisation et phénodescription.

Séance 7. Objectif : on a réussi à se dépasser, séance en position debout courte et dynamisation par la RD1.

- Sophronisation de base.
- Activation intra-sophronique. SAP et quelques exercices de la RD1 compatibles avec l'état du patient.
- Désophronisation et phénodescription.

Dans cette programmation, on pourra rajouter, dans le cas où cela se révèle nécessaire, des exercices de prise en charge de la douleur. Ce chapitre étant traité dans l'ouvrage, on pourra opter pour une stratégie d'adaptation au cas pris en compte.

Un patient arrivant tendu et anxieux

L'expérience montre qu'un patient, arrivant tendu et anxieux pour suivre un traitement kinésithérapique quel qu'il soit, n'aura qu'un résultat partiel, médiocre et peu durable. Je pense en particulier à deux patients présentant des pathologies différentes.



EN PRATIQUE

Rééducation après intervention du canal carpien

Caissière dans un supermarché, Jacqueline est adressée par son chirurgien pour rééducation après intervention du canal carpien droit, suites opératoires sans problème, traitement kinésithérapique classique. Patiente manifestement inquiète, sous tension. Le résultat est mitigé, elle continue à se plaindre de douleurs diffuses mal localisées, récupération musculaire insuffisante de la motricité de sa main. Un entretien approfondi met en évidence le fait que cette dame éprouve de nombreuses craintes quant à l'avenir, et plus précisément, elle redoute les répercussions de l'intervention dans son activité professionnelle. Sera-t-elle en mesure de tenir le rythme imposé ?

Je lui propose donc un traitement sophrologique en lui indiquant que, pendant toute la durée de ce travail, il conviendrait d'interrompre les séances de kinésithérapie, du moins pendant quelque temps.

Objectif : *diminuer les tensions psychocorporelles afin de retrouver un équilibre psychique.*

Les étapes de la prise en charge sophrologique

- Dialogue présophronique classique (décrit précédemment).
- Programmation : 4 séances tout d'abord, puis reprise du traitement kinésithérapique.

Extrait (séance avec analgésie)

- Sophronisation de base (position assise).
- Activation intra-sophronique.
- Prise en charge de son bras droit car elle se plaint de douleur lors de la pratique d'un exercice de sophro-substitution sensorielle analgésique. « Imaginez que vous mettez à votre main gauche un gant de cuir rafraîchissant... Vous passez ce gant lentement sur votre bras droit... comme un massage... Vous sentez le frais qui engourdit peu à peu votre peau, vos muscles... qui va provoquer au niveau de votre main droite une légère sensation d'engourdissement... un apaisement agréable... gardez cette sensation à l'esprit pendant quelques minutes... appréciez longuement le bien-être que vous ressentez et pensez uniquement à cela... »

6. — La prise en charge du système « ostéo-tendino-neuro-myo-articulaire »

Ce paragraphe prend en compte tout le système squelettique du corps humain, os, articulations, enveloppe musculaire, tendons, nerfs moteurs et sensitifs. Ce système permet la locomotion de l'être l'humain, la gestuelle journalière et professionnelle. Toute atteinte de celui-ci a des répercussions physiques et psychiques sur l'individu. L'évolution de la prise en charge médicale des pathologies inhérentes au système a suivi les progrès médicaux. Rhumatologues, chirurgiens, orthopédistes, médecins physiques, kinésithérapeutes, ergothérapeutes prennent en charge ces pathologies, chacun avec leur spécificité propre.

La chirurgie orthopédique et traumatologique est une spécialité chirurgicale concernant l'appareil locomoteur, prenant en charge les pathologies traumatiques et rhumatologiques. En France, plus de six millions de personnes sont traitées chaque année ; il est à prévoir que ce nombre augmentera avec le vieillissement de la population. La kinésithérapie est étroitement associée sur le plan médical et chirurgical au traitement, en cabinet libéral tout comme en centre de rééducation.

Depuis une quarantaine d'années on utilise couramment du matériel prothétique visant à remplacer une articulation défailante lors d'arthrose évoluée douloureuse, de fracture destructrice. Une prothèse articulaire est une substitution synthétique destinée à remplacer tout ou partie des surfaces articulaires. L'indication et la pose d'une prothèse peut concerner toutes les articulations du corps humain. Les plus fréquentes sont la prothèse de hanche et du genou pour des problèmes de coxarthrose ou de gonarthrose chez des personnes dépassant la soixantaine.



GROS PLAN

La pose d'une prothèse pose un certain nombre de problèmes spécifiques :

- tolérance de l'organisme vis-à-vis d'un corps étranger ;
- intégration de la prothèse sur le plan psychique et physique ;
- longueur du temps de récupération.

La place de la sophrologie dans la prise en charge pluridisciplinaire

Pour ma part, je suis convaincu que la sophrologie peut intervenir dès le début du traitement afin de donner toute sa place à la prise en charge humaine car le patient est entouré de « machines » sophistiquées électriques pour stimuler le travail articulaire et musculaire.

Pour le sophrologue, il s'agit d'aider le patient à réintégrer la perception de son vécu sensoriel par l'induction d'une détente générale afin de provoquer un relâchement musculaire, lui redonner la confiance de son corps tout en lui permettant de « rééquilibrer son nouveau schéma corporel » ; l'objectif consiste à ce que le patient soit en mesure de se reprendre en main.



INFOFLASH

L'imagerie mentale peut aider à la récupération des mouvements volontaires ; pour ce faire, le sujet est invité tout d'abord à visualiser mentalement le mouvement à effectuer. L'intérêt de cette visualisation est double :

- psychomoteur car le patient reste en contact avec ses images motrices ;
- neuromoteur car l'idéation mentale d'un mouvement entraîne des potentiels d'action minimaux (voir les recherches de Jacobson sur les actes minuscules et les confirmations électromyographique qui confirment le résultat). L'image est un catalyseur, un starter.

L'intervention sophrologique dans le cas de la pose prothétique peut s'intituler « **sophrologie accompagnatrice et stimulatrice** » :

- **Accompagnatrice** : elle doit accompagner le patient dès le début de la prise en charge kinésithérapique (en particulier pour les prothèses du genou, épaule, coude, poignet, pied). La prothèse de hanche pose moins de problème car elle présente l'avantage d'une récupération plus rapide ; toutefois, elle peut bénéficier de la prise en charge sophrologique en cas de stagnation, de douleurs, d'attitude anxiogène du patient.
- **Stimulatrice** : car elle participe à la stimulation énergétique corporelle ; on peut dès lors la considérer comme un acte de kinésithérapie associée.

La programmation sophrologique

Chaque cas étant différent suivant la personnalité du patient, il ne s'agit pas de faire une programmation précise mais de donner les principales orientations pratiques.

Le dossier sophrologique

Il serait souhaitable que le sophrologue voie son patient en phase préopératoire afin d'établir son dossier et de préparer dans des conditions optimales son intervention (voir ci-dessus) par une écoute attentive de ses propos sur sa vie quotidienne, ses hobbies et autres loisirs afin de préparer un argumentaire « imagerie » adapté et personnalisé lors de l'activation intra-sophronique. Pendant cette rencontre, il est recommandé de procéder à une séance d'initiation sophrologique.

Fiche

Les techniques à utiliser

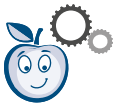
Nous n'allons pas faire une présentation exhaustive de toutes les techniques sophrologiques que nous serions en mesure d'utiliser ; celles-ci doivent être adaptées à l'état du patient, à son profil (compréhension, degré d'implication) que nous avons perçu lors de l'élaboration du dossier. En fait, toutes les techniques ont un point de départ commun : la sophrorisation de base. Celle-ci s'effectuera au départ en insistant sur une respiration calmante suivie d'un temps inspiratoire plus court que le temps expiratoire afin de provoquer chez le patient un relâchement corporel.

Lors de la phase intra-sophronique, on peut introduire :

- **La sophro-respiration synchronique** avec des mouvements corporels et une formulation mentale de pensée positive du type « je vais remarcher ».
- **La sophro-acceptation progressive (SAP)** : elle est particulièrement adaptée à la prise en charge des porteurs de prothèse car en utilisant les ressources de l'imagerie et de la capacité de la mémoire, on peut se projeter par anticipation dans l'action sous l'angle le plus positif.
- **La sophro-programmation du futur (SPF)** : programmation de la réussite future du traitement, imaginée comme acquise avec visualisation des obstacles à surmonter. Se projeter à la fin de celui-ci sans en ignorer les difficultés.
- **L'utilisation de certains exercices de la relaxation dynamique du premier degré** en phase terminale du traitement pour la prise de conscience du schéma corporel car ils mobilisent le mouvement dans la dimension spatiale et kinesthésique du corps.

La prise en charge du patient

Dans la première phase du traitement, deux à trois séances hebdomadaires de sophrologie seront effectuées pour ensuite espacer à raison d'une séance par semaine ; cependant il sera utile de donner des consignes au patient afin qu'il puisse avoir à sa disposition des exercices qu'il pourra pratiquer lui-même, à son rythme. Dans cette perspective, il est tout à fait envisageable de lui procurer des enregistrements sur cassette.



CAS PRATIQUE

Rééducation après la pose d'une prothèse de la hanche

Prothèse totale de hanche, 78 ans ; intervention sans problème, suites normales, femme auparavant active, forte personnalité. Refuse le premier lever à la demande du kinésithérapeute : « Je ne marcherai plus » dit-elle. Une infirmière sophrologue, entendant la conversation, décide de la prendre en main. Conversation avec Irma sur ses activités : elle lui apprend qu'elle fait partie d'un club de scrabble et que, deux fois par semaine, elle et ses amies vont déjeuner ensemble avant d'aller au club. C'est un de ses plus grands plaisirs !

L'infirmière lui propose une séance de sophrologie en lui indiquant que cela lui permettra de se détendre. Pendant l'activation intra-sophronique elle commence ainsi : « C'est mercredi, la journée du club... on va s'habiller... choisir une jolie tenue de sortie... Vous vous préparez à retrouver vos amies... ». Elle évoque en détail les divers moments et activités de toute la journée de chaque mercredi. Après la phase de désophronisation, l'infirmière lui demande de s'asseoir au bord du lit, de se mettre debout tout en lui prenant le bras. Les jours suivants, le kinésithérapeute la reprend en main ; sortie normale.

Dans le cas d'Irma il s'agit d'une sophrologie « stimulatrice ».

Préparation et rééducation après la pose d'une prothèse du genou

Prothèse totale du genou, 63 ans, agriculteur arboriculteur ; très attaché à ses arbres, souhaite retrouver très vite ses activités ; en traitement chez un kinésithérapeute pratiquant la sophrologie. Celui-ci le prépare à son intervention et à son traitement kinésithérapique. Encouragé par l'écoute active du praticien, Jacques lui raconte les principales activités de sa vie quotidienne, il refait virtuellement le tour de sa propriété en verbalisant l'ensemble du paysage ; il décrit les odeurs retrouvées de ses arbres...

Après l'intervention, participation de la sophrologie à la prise en charge, soit trois séances par semaine au début avec une induction de départ que l'on pourrait intituler « Voyage autour de ma ferme ». Enregistrement des séances sur MP3 que le patient peut réécouter à son gré dans la journée.

Sortie de l'hôpital pour le centre de rééducation, poursuite de la sophrologie à raison de deux séances hebdomadaires avec comme thème « Je me revois dans la ferme ».

« C'est le matin... Je vais voir mes abricotiers... voir les effets de la gelée sur la floraison... Je prends l'allée qui monte légèrement... et qui me conduit vers la parcelle d'abricotiers... Je retourne vers ma voiture car j'ai oublié mon sécateur... Je reviens sur mes pas, en examinant chaque arbre... » En fin de traitement, il pratique quelques exercices de relaxation dynamique du premier degré compatible avec sa prothèse. Récupération plus rapide que prévue ce qui fait que Jacques a pu reprendre son activité professionnelle.

Dans le cas de Jacques il s'agit d'une sophrologie « accompagnatrice du traitement, stimulatrice sur le plan musculaire et articulaire ».

Préparation à une intervention chirurgicale

Cadre d'entreprise, 45 ans, Éric est *tennisman* ; il a depuis quelque temps des douleurs au niveau de l'épaule, diagnostic après arthroscanner de la rupture d'un muscle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. La coiffe des rotateurs consiste en un ensemble de cinq muscles et de leurs tendons qui entourent la tête de l'humérus. Tout d'abord, traitement médical et kinésithérapique ; le résultat étant mitigé, prise de décision d'une intervention chirurgicale. Celle-ci consiste à refixer le tendon lésé, acte complété par une rééducation qui se déroulera en différentes phases sur une durée totale prévue de trois à six mois.

Le kinésithérapeute-sophrologue qui s'occupe de son cas lui propose de le préparer à sa future intervention. Bien évidemment, la réussite du traitement dépend du chirurgien et du kinésithérapeute ainsi que le mentionne le Centre Méditerranéen de Chirurgie de la Main et du Membre Supérieur : « Le chirurgien réalise la moitié du travail, la seconde moitié dépend du patient et de son kinésithérapeute. »

L'objectif de cette préparation sophrologique préopératoire consiste à encourager le patient à pratiquer un travail virtuel de son membre supérieur afin de maintenir, par des micro-mouvements adaptés, la tonicité musculaire du membre supérieur et la mobilité articulaire de l'épaule.

Pour Éric, le scénario qui a été mis en place consistait à se visualiser dans des activités habituelles de sa vie quotidienne, dans son bureau, devant son ordinateur, dans son grand jardin ; tout en prenant soin d'éviter certains mouvements contre-indiqués. « Je suis dans mon bureau... bien installé devant mon ordinateur... Je me lève pour aller chercher un dossier dans mon armoire... Je vais remettre du papier dans l'imprimante... etc. ». Évocations également d'autres scènes de sa vie quotidienne qui lui font plaisir : « je me vois dans mon potager... j'admire les grappes rouges des tomates... Je me penche pour enlever quelques mauvaises herbes... ».

Éric avait comme consigne de faire sa propre séance sophrologique deux fois par jour, aussitôt après l'intervention et dès le commencement des séances de rééducation post-opératoire. Celles-ci sont prévues d'une courte durée soit une dizaine de minutes tout au plus et au cours desquelles, lors de la phase d'activation, il se verrait dans une gestuelle d'activités quotidiennes ; formulation orale qui pourra être enregistrée et faciliter ainsi sa pratique personnelle de rééducation. Dans la phase de récupération, le sophrologue le verra une à deux fois

par semaine avec un programme adapté à sa personnalité et suivant la situation comme nous le décrivons précédemment, avec des inductions de type SAP, SPF. La rééducation s'est parfaitement déroulée et il a même fallu freiner le patient pour qu'il respecte les différentes phases de sa récupération ! Nous avons pu constater un gain de deux semaines sur un temps de traitement normal.

Dans le cas d'Éric il s'agit d'une sophrologie « accompagnatrice du traitement, stimulatrice et kinesthésique sur le plan musculaire et articulaire ».

La participation de la sophrologie dans les suites de la chirurgie de la main

Chaque année plus d'un million de personnes sont victimes d'un accident de la main et présentent des blessures graves pour la moitié d'entre elles. Elles sont à l'origine de quelque deux mille amputations par an (main ou doigt). La chirurgie de la main prend en charge les patients suite à des pathologies médicales (syndrome du canal carpien, maladie de Dupuytren, affections rhumatismales...) ou à des blessures graves de la main et du membre supérieur avec plaie nerveuse et vasculaire ; celles-ci sont en augmentation avec un phénomène de société constaté depuis une bonne dizaine d'années : l'engouement croissant du bricolage chez les particuliers !

EN QUOI LA SOPHROLOGIE DOIT-ELLE S'INTÉGRER À UNE RÉÉDUCATION DE LA MAIN ?

Suivant l'expression du professeur Michel Merle⁸, « main, œil, cerveau, sont indissociables ». Cette affirmation rejoint la description du psychologue Pierre-Marie Dolle :

« La main par ses différentes fonctions est un lieu de somatisation. Une simple suture d'un tendon d'un doigt peut être le déclencheur d'une algodystrophie ; il s'agit d'un ensemble de symptômes atteignant plusieurs articulations du membre supérieur sans relation avec l'acte lui-même. Les mécanismes exacts conduisant à l'algodystrophie sont mal connus et seraient liés à l'hyperactivité d'une partie du système nerveux, du système sympathique ou à des modifications vasculaires en particulier veineuses, plutôt chez des sujets inquiets et anxieux de nature. » (2002, p. 23)

Dès que le kinésithérapeute constatera une stagnation dans les résultats, ou une augmentation des plaintes, la présence de douleurs sans raison apparente et après examen médical, l'intervention sophrologique doit être immédiate. Son objectif majeur : « lâcher prise », redonner confiance, relancer la dynamique corporelle du

.....

8. Professeur Michel Merle, hôpital du Kirchberg Luxembourg.

patient. Si aucun progrès n'est constaté, la prise en charge psychologique doit se rajouter aux séances sophrologiques.

LA CHIRURGIE RÉPARATRICE DE LA MAIN ET DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Amputation d'un doigt, d'une main, d'une partie ou de la totalité du membre supérieur, réparation par microchirurgie, rééducation précoce : il sera important qu'il ait une réinsertion psychique du membre lésé afin « d'éviter le processus de deuil » selon le Pr. Michel Merle. Il est bien évident que la prise en charge sophrologique doit aller de pair avec la kinésithérapie. Il s'agit de réintégrer le schéma corporel qui a été perturbé par l'amputation en insistant sur l'aspect « temporaire » de son immobilisation et sur sa « reconstruction » physique et psychique. Pour ce faire, on ne peut établir un programme type car on se doit d'être attentif aux profils aussi multiples que complexes des patients ; tout au plus, peut-on prévoir une ébauche de programme de traitement.

Exercices de pratique

Une ébauche de programme de traitement

Lors la sophronisation de base, décrire en détail le membre supérieur, citer les régions lésées, dans la main : pouce... index... majeur... annulaire... auriculaire... Ceci avec l'objectif d'empêcher un « effacement » cérébral.

Dans la phase d'activation, la technique de sophro-activation progressive (SAP) permettra au patient, grâce à l'imagerie mentale et à la capacité de l'esprit à se projeter dans l'avenir, de le mettre en situation où il utilisera son membre lésé dans une gestuelle de sa vie quotidienne.

« Il fait chaud... Je me dirige vers mon frigo... j'ouvre celui-ci en faisant le geste de la pince avec mon pouce et mon index... Je prends un bâtonnet de glace... Je déchire le papier d'emballage en utilisant mes deux mains... Je tiens la languette de bois avec mon pouce et mon index... Je porte le bâtonnet glacé à ma bouche... j'apprécie la saveur délicieuse de ma glace favorite... »

Dès que possible il faudra utiliser les techniques de relaxation dynamique (RD1) car elle permet de structurer le schéma corporel. La participation de la sophrologie à la kinésithérapie de chirurgie réparatrice du membre supérieur et de la main doit faire partie de la prise en charge globale ; elle accompagne la kinésithérapie en réintégrant le membre lésé dans sa structuration cérébrale.

7. Sophrologie et rachialgies



DÉFINITION

Sous le terme de rachialgies nous désignerons les algies vertébrales comprenant les cervicalgies, dorsalgies, lombalgies : celles-ci se caractérisent par des douleurs ressenties dans les différents secteurs anatomiques cités. Dans notre terminologie, ces douleurs sont le reflet d'un conflit discoradiculaire mineur tel que : terrain arthrosique, contractures musculaires sans cause apparente. Ces pathologies sont sans rapport avec un état inflammatoire ou un autre processus pathologique provoquant des algies vertébrales. Appelé communément « mal de dos », celui-ci représente un problème de santé publique car il est en augmentation dans le monde entier et en particulier dans les pays industrialisés et émergents pour différentes raisons, la sédentarisation du travail, un environnement du travail plus « stressant », une population moins active sur le plan physique.

En France, le coût des dépenses maladies du « mal de dos » représente 1 milliard 400 millions d'euros pour 13 % des accidents du travail chaque année. Les lombalgies sont les plus fréquentes, suivies par les cervicalgies et dorsalgies ; elles sont soit passagères ou s'installent dans la chronicité. En cabinet libéral, les kinésithérapeutes sont en première ligne pour traiter ces pathologies, les patients étant directement adressés par leur médecin traitant, ou directement pris en charge par ces praticiens ayant acquis en complément une compétence en ostéopathie. On retrouve en centre de rééducation les cas les plus invalidants, de même qu'en centre de thalassothérapie ; à cet égard, les organismes sociaux ont créé des « écoles du dos » où l'on sensibilise les participants sur la prévention (lieux de travail, domicile) tout en enseignant une hygiène du dos appropriée.

« Plein le dos » ou le « cri » du dos

En 1976 dans son livre *Le Corps entre les mains*, le docteur Boris Dolto – une référence en kinésithérapie – apporte un éclairage innovant à l'époque sur la somatisation rachidienne. Il écrit : « Chaque lombalgique réagira à “sa” douleur d'une façon personnelle selon la structure de “son moi”. Par ce terme, on désigne la convergence de la structure personnelle remontant à sa première enfance, avec son comportement social actuel, familial et professionnel » (Dolto B., 1976, p. 206). Il élargit son raisonnement à toutes les rachialgies : « Il est possible de retenir que presque toutes les rachialgiques vivent des difficultés dans leurs relations sociales et familiales ; leur

activité est grande, mais souvent niée et en tout cas retenue ; ces malades ne manifestent pas leur colère mais les transforment en tension... » (p. 212).

Signe des temps, l'année 1976 marque le début, selon l'expression de l'économiste Daniel Cohen de la « nouvelle révolution industrielle » avec un changement important dans l'environnement du travail et sociétal. C'est à partir de cette date que le mot « stress », mot à connotation scientifique au départ, intègre le langage courant et prend sa place dans l'observatoire des langues comme l'un des mots les plus prononcés dans les grandes langues véhiculaires.

Dans une importante étude publiée en 1996 par l'Institut national de la santé sur les rachialgies le professeur Serge Poiraudau note que « le mal de dos trouve bien plus souvent son origine dans le stress psychologique, lié à des cadences excessives imposées sur un lieu de travail, que dans le stress physique⁹ ». Cette étude est confirmée par les travaux du professeur Astrid Lampe qui, dans une enquête sur l'origine des rachialgies, note que « les personnes souffrant de mal dos sans raison apparente considéraient leur vie stressante, par rapport aux autres personnes dont on connaissait l'origine de la douleur¹⁰ ».

Toutes les études confirment les propos de Boris Dolto : suivant les critères ostéopathiques, le rachis peut être une « caisse de résonance » de notre surcharge émotionnelle ; notre propre expérience de kinésithérapeute ostéopathe le confirme.

Les critères d'intervention sophrologique dans la prise en charge des rachialgies

Dans la prise en charge kinésithérapique, toutes les rachialgies n'ont pas besoin de l'apport sophrologique. Quels sont les critères spécifiques de l'intervention en dehors de ceux que l'on retrouve cités précédemment (stagnation du traitement, anxiété, douleur) ?

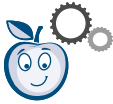
- chronicité du phénomène chez une personne dont l'examen clinique, radiologique, masso-kinésithérapique, ostéopathique ne sont pas en concordance avec la plainte ;
- rachialgies chroniques douloureuses ;
- personne anxieuse, bloquée, figée sur la recherche d'une pathologie vertébrale inexistante.

.....

9. Rapport sur les rachialgies en milieu professionnel, 1995, Institut national de la santé.

10. Édition française de *Scientific American*, « Les maux de dos », octobre 1998.

Chez ces patients, il est indispensable de rajouter, au dossier kinésithérapique, le dossier sophrologique. En un mot, il faut se mettre à l'écoute du patient, s'intéresser à la manière dont il décrit son environnement professionnel et familial.



CAS PRATIQUES

Cervico-dorsalgie diffuse

Irène, 45 ans, est assistante de direction, adressée par son médecin pour cervico-dorsalgie diffuse, revient tous les trois mois ; bilan radio négatif. À la palpation, on constate un dos contracturé, sur le plan ostéopathique, déplacement mineur au niveau de la région D5, D6, D7, zone de conflit pour les ostéopathes.

Entretien sophrologique : Irène est divorcée, a la garde de ses 2 enfants (13 et 9 ans), aime son travail dont les responsabilités dépassent la fonction d'une assistante. Elle me parle du « fardeau qu'elle porte sur son dos, aussi bien dans l'exercice de sa profession que dans ses charges familiales ! ».

Lombalgie

Marcel, 53 ans, est cariste ; il conduit un chariot. Il est adressé par son médecin pour lombalgie, contractures musculaires minimes, bilan radio négatif, se plaint de douleurs lombaires diffuses. Après traitement, bons résultats. Reprise des algies un mois après le premier traitement.

Entretien sophrologique : restructuration dans l'entreprise, il redoute de perdre son emploi et, vu son âge, il craint de ne pas trouver un autre emploi ; dès cette annonce, apparition des douleurs.

Les objectifs de la sophrologie dans les rachialgies

Suite à la prise en charge sophrologique de ces deux patients, on a constaté une amélioration psychique et physique. Pour quelles raisons ?

Les principaux buts de la sophrologie dans la prise en charge des rachialgies, et par extension de l'intervention sur les problématiques du rachis, sont les suivants :

- en intervenant au niveau métamérique, elle va avoir une action sur les contractures réflexes, diminuer les tensions musculaires, apporter une détente réparatrice ;
- participer à l'intégration psychique de la douleur, apprendre à y faire face, être acteur ; apprendre à ne pas subir passivement ;
- se réapproprier son corps par la prise de conscience de son schéma corporel et apprendre à le maîtriser en position couchée, assise, debout ;
- diminuer son stress, son anxiété, permettant ainsi un apaisement psychique.

La prise en charge sophrologique

Celle-ci dépendra du dossier kinésithérapique et sophrologique du patient. Dans un premier temps, les séances pourront s'articuler avec les séances de kinésithérapie, puis elles pourront s'intégrer ensuite dans un groupe ou dans une école du dos.

PROPOSITION DE PROGRAMME : SENSIBILISATION SOPHROLOGIQUE POUR RACHIALGIE (4 SÉANCES)

Exercices de pratique

Séances 1 et 2

Utilisation des outils de la relaxation : respiration/ressenti de la tension musculaire/relâchement de celle-ci (Jacobson). Les séances sont effectuées en position couchée, assise. SDB, SDN, SPI. Ne pas pratiquer des séances longues. Apprendre au patient des exercices courts à exécuter dans la journée.

Séances 3 et 4

Prise en charge de la douleur. Utilisation de la sophro-substitution sensorielle afin d'apporter une analgésie sur la région douloureuse : « J'enfile un gant épais... qui dégage une chaleur agréable... douce... Je passe celui-ci sur toute la surface de la région contractée (cervicale, dorsale, lombaire)... comme un massage délicatement compressif... en le synchronisant avec une respiration diaphragmatique lente et profonde... à chaque expiration, je sens un relâchement musculaire... un mieux-être... une libération de ma colonne vertébrale... »

Autre suggestion en position debout.

« Imaginez que vous vous trouvez dans un endroit agréable... que vous appréciez... c'est l'été... il fait beau... chaud... Vous promenez torse nu... vous sentez les rayons du soleil se fixer sur votre cou... Il irradie tous vos muscles de sa chaleur... elle se propage aux muscles le long du cou... elle descend depuis le haut du dos... réchauffe les omoplates... ; la chaleur se fixe sur chaque vertèbre... sur chaque muscle... Vous sentez une chaleur irradiante se fixer sur la région lombaire... s'élargir sur la région fessière... Vous sentez une nouvelle énergie investir votre colonne vertébrale... »

ÉLARGISSEMENT DE LA PROGRAMMATION

Exercices de pratique

Séances 4 à 6

Objectif : perception des mouvements vitaux en position debout, prise de conscience de l'axe vertical. Dans l'activation, jouer avec la répartition du corps, latéralement, rétroversion du bassin... Prise de conscience du relâchement musculaire de la colonne vertébrale, région cervicale, dorsale, lombaire, mise en place de la RD1 en respectant la clause de non douleur lors de l'exécution des exercices par le patient. L'objectif est que le patient retrouve la confiance dans son dos en position debout.

Séances 6 à 8

Mise en place du training autogène modifié (TRAM) du docteur Raymond Abrezol ; celui-ci qui est une version modifiée du training autogène de Schultz nous paraît particulièrement adapté pour la prise en charge finale des rachialgies. Il se pratique alternativement dans les trois positions : debout, assise et couchée. Il permet des transitions inductives :

- de type statique (SDB) et dynamique RD1 ;
- travail des sensations du corps en position assise ;
- relaxation profonde par le training autogène en position couchée.

Comme le remarque R. Abrezol, « le TRAM est une bonne technique de prise de conscience du corps. Quand on l'associe à la relaxation dynamique du premier degré, ces deux méthodes pratiquées régulièrement nous conduisent à une excellente maîtrise du corps et à un bon contrôle du stress » (2002, p. 297).

En élargissant la thématique des rachialgies, on peut considérer que l'arsenal sophrologique est en mesure d'intervenir dans toutes les pathologies du rachis, en particulier après intervention chirurgicale, hernie discale, canal lombaire étroit.

8. Le système cardio-respiratoire

À l'origine, l'objectif majeur de la prise en charge des pathologies respiratoires (asthmatiques, bronchites chroniques, séquelles opératoires pulmonaires...) par la kinésithérapie visait à favoriser une récupération fonctionnelle optimale. Par la suite,

l'indication de rééducation s'est étendue aux pathologies cardiaques, interventions chirurgicales, prise en charge des hypertendus dans des stages d'éducation-santé. Dans les indications médicales du training autogène de Schultz, le docteur Geissmann note l'importance de l'impact émotionnel et de l'anxiété sur ces pathologies : « La physiologie du choc émotionnel intéresse tous les appareils : circulatoire, respiratoire ; des réactions comme l'accélération cardiaque, la vasoconstriction périphérique, les variations du rythme respiratoire... donnent à l'émotion sa résonance corporelle. Les émotions intenses et prolongées peuvent produire des troubles profonds de l'organisme », et il complète sa pensée : « Ces réactions violentes de l'axe neuro-humoral peuvent être évitées par le training autogène » (Geissmann et Durand de Bousingen, 1968, p. 213).

Dans son livre sur la rééducation cardio-vasculaire (1984), le docteur P.-C. Goepfert confirme l'approche du docteur Geissmann en demandant de prendre en compte les facteurs anxiogènes, émotifs de ses patients. Ce qui, de toute évidence, renforce l'intérêt de la prise en charge sophrologique dans le traitement de ces pathologies à titre préventif et curatif.

L'apport de la sophrologie dans la prise en charge des pathologies cardio-respiratoires

Dans ce paragraphe on ne pourra en aucun cas élaborer une programmation spécifique ; le travail sophrologique se fera suivant l'état du patient et de son dossier. Les techniques recouvrantes de type statique, utilisant la respiration comme la sophro-respiration synchronique, le sophro-déplacement du négatif, participent à l'acte kinésithérapique et apportent l'élément positif par la sophro-présence immédiate. Ainsi que le note fort justement Bernard Etchelecou, « le vécu respiratoire, celui de la circulation sanguine, ajoutent aussi à notre anatomie sa dimension de vie, d'énergie, de chaleur » (2007, p. 129).

Le travail sophrologique stimule chez le patient un réinvestissement positif qui augmente sa participation dans la prise en charge de sa maladie. Les exercices stimulants de la relaxation dynamique du premier degré ont des répercussions sur le tonus physique et mental de l'individu et participent à la restructuration de son Schéma Corporel ; ils sont particulièrement indiqués dans la prise en charge des troubles anxieux. En phase finale de rééducation, grâce à la relaxation dynamique du deuxième degré, dite contemplative, le patient considère son propre corps comme objet de méditation, favorisant ainsi l'intégration du Schéma Corporel externe, avec une phase consacrée aux organes des sens qui permet au patient de se resituer dans la globalité de son environnement.

Les pathologies respiratoires

Dans son chapitre consacré à l'asthme, le docteur Rager fait référence aux travaux du docteur Kourilsky qui mettait en évidence l'interaction entre les crises d'asthme et des facteurs émotifs :

« Ils constatèrent alors que l'apparition de l'asthme était chronologiquement en rapport avec des événements, des situations engendrant une très forte tension nerveuse et qu'il existait chez les asthmatiques un symptôme quasi constant : l'anxiété. » (Rager, 1973, p. 333)

L'objectif de la participation de la sophrologie à la prise en charge des patients asthmatiques est de leur permettre :

- de mieux contrôler leur surcharge « émotionnelle » avant et pendant la durée de la crise ;
- une meilleure récupération après la crise ;
- de mieux accepter leur corps, de se retrouver en harmonie avec eux-mêmes malgré leur asthme, d'atteindre un équilibre de vie qui leur convienne.

Le docteur Rager, au cours des années 1970, proposait ce type d'induction sophrologique à forte connotation hypnotique :

« Votre respiration est lente... calme... et régulière... à chaque mouvement respiratoire... les muscles de vos bronches se relaxent de plus en plus profondément... l'air entre maintenant de plus en plus librement dans votre cage thoracique... votre respiration devient de plus en plus facile... Après chaque séance... vous constaterez une amélioration de votre état... Votre respiration sera beaucoup plus facile... les ronflements de votre poitrine diminueront... puis disparaîtront... Vous deviendrez plus calme... plus détendu... moins nerveux... Chaque jour, vous vous sentirez de plus en plus sûr de vous à la maison... en classe... Vous n'aurez plus peur la nuit... Vous dormirez tranquillement... Vous vous sentirez en sécurité... » (1973, p. 339)

De nos jours, nous préférons une approche moins directive, ne relevant pas des suggestions hypnotiques traditionnelles :

« Constatez comme votre respiration naturelle est lente... calme... régulière... Chaque mouvement respiratoire permet aux muscles de vos bronches de se relaxer de plus en plus profondément... Observez les sensations très agréables que cela vous procure... dans vos poumons... votre cage thoracique... et vous pourrez me faire un petit signe avec votre index lorsque cette sensation très positive sera bien présente... liée à votre respiration tout à fait libre... »

De même, il est indispensable d'apprendre au patient l'utilisation des consignes sophrologiques à utiliser (technique conditionnée) dès le déclenchement de la crise :

« Vous vous étendez au plus vite... Vous relâchez les muscles du corps... Vous visualisez votre cage thoracique comme un ballon qui se gonfle... Vous posez votre main sur le thorax... Vous redites la phrase... Dès que j'aurai posé la main sur mon thorax... les muscles de mes bronches

se relâcheront instantanément... et je sentirai l'air pénétrer de mieux en mieux dans les poumons... ma respiration sera de plus en plus facile... à chaque mouvement respiratoire... les muscles bronchiques se détendront de plus en plus... ma respiration deviendra lente... régulière... parfaitement calme. »

Les pathologies cardiaques

Dans une étude japonaise à grande échelle expérimentale et clinique (Iso, 2002), le stress mental se révélerait être un facteur déterminant de risques cardio-vasculaires. En effet, celui-ci entraîne une augmentation de l'activité sympathique qui induit une élévation des chiffres tensionnels et de la fréquence cardiaque. En outre, le stress mental diminue la sensibilité à l'insuline tout en augmentant l'agrégation plaquettaire et en favorisant le dysfonctionnement endothélial.

Le docteur Goepfert (1984, p. 122) fait état de l'étude de Rosenman et Friedman indiquant que 58 % des patients ayant une pathologie coronaire présentent un profil dit de type A : tendance à l'hyperactivité, à la compétitivité avec « des traits obsessionnels, exigeants, impulsifs ».

Les techniques de Schultz et de Jacobson sont utilisées depuis longtemps dans ces pathologies. La sophrologie, du fait de ses spécificités, a toute sa place et son utilité dans les suites de leurs traitements, aussi bien sur le plan préventif que curatif. La programmation se fera en fonction du dossier médical et sophrologique ; les séances pourront se pratiquer en individuel, surtout au début, elles devront se poursuivre en collectif, car celui-ci favorise une émulation évidente chez les participants.

Note : En chirurgie cardiaque, il serait utile de prendre en charge les patients en période préopératoire et de les suivre dans toutes les phases de la récupération post-opératoire en Centre de Rééducation.

Par ailleurs, il serait souhaitable que ces patients bénéficient d'un suivi dans ce domaine pour que l'effet sophrologique s'inscrive dans la continuité, au même titre que l'éducation-santé.

9. Conclusion

Sophrologie et kinésithérapie, alliées et complémentaires dans la prise en charge thérapeutique... Pourquoi pas ? L'idée a germé, fait son chemin pour aboutir à une confluence, une forme originale de jumelage des compétences spécifiques des deux disciplines. Désormais, l'idée a pris consistance et se traduit par un partenariat effectif et bien réel, sans être toutefois généralisé.

Je voudrais souligner que l'objectif de ce chapitre consiste à démontrer l'intérêt de l'utilisation de la sophrologie dans la prise en charge kinésithérapique. Elle participe à une thérapie holistique, curative et préventive de l'être humain dans toutes ses dimensions corporelles et psychiques. Elle renforce chez le sujet sa capacité à s'investir dans sa propre rééducation, lui permet venir à bout des obstacles qui, de prime abord, pouvaient parfois lui paraître impossibles à franchir.

Par son aspect dynamique, la sophrologie peut être considérée comme un acte de « kinésithérapie stimulatrice » sur le plan biomécanique : contractions musculaires, relâchement, prise de conscience du mouvement effectué. D'un point de vue plus global, ainsi que nous l'avons mentionné dans le paragraphe « Indications », la sophrologie peut répondre ponctuellement à une demande précise, lors d'une période de stagnation ou de découragement. Elle permet au kinésithérapeute-sophrologue de relancer le traitement, voire de participer à la prise en charge des douleurs. De même, elle aide à résoudre les séquelles de dysfonctionnements personnels et précis ; en effet, toute atteinte au corps ou sur une zone particulière de celui-ci peut entraîner des répercussions psychiques temporaires ou définitives chez le sujet. Répercussions qui, à travers son discours, sont en lien direct avec son histoire, son rapport au corps, ses structures mentales ; le tout étant susceptible d'entraver le bon déroulement de la rééducation.

Dans cette sorte de cas, la sophrologie fournit au patient l'opportunité de se reprendre en main afin de mieux s'impliquer physiquement et psychiquement dans son traitement. Les indications thérapeutiques de la sophronisation concernent quasiment tous les domaines des champs d'intervention de la kinésithérapie et de la réadaptation. Dans ces chapitres, nous sommes cantonné aux problématiques courantes qui relèvent du système ostéo-myo-articulaire, des rachialgies, des problèmes respiratoires que l'on retrouve en cabinet libéral et en Centre de Rééducation. Toutefois, les indications de la prise en charge sophrologique, compte tenu de leur spécificité, peuvent se révéler fort utiles par leur efficacité dans d'autres spécialités, notamment en :

- neurologie (prise en charge des hémiplegiques, traumatisés du rachis) ;
- gynéco-obstétrique, urologie pour les incontinences urinaires ;
- pathologies anxigènes (troubles vestibulaires et fibromyalgie) ;
- oncologie afin de réduire le volume d'un bras après ablation du sein ;
- gériatrie dans le but de retrouver de l'autonomie, améliorer l'estime personnelle par une attention toute spécifique à soi-même.

En outre, la sophrologie apporte une forme de rupture dans une prise en charge « technologique » de la kinésithérapie. Afin de sensibiliser les kinésithérapeutes à l'intérêt de l'utilisation de la sophrologie dans la réhabilitation du patient, il serait

souhaitable qu'il y ait davantage de recherches, d'études et travaux scientifiques menés en commun !

Par ses techniques statiques et dynamiques, la sophrologie favorise une stimulation psychocorporelle et apporte ainsi à la pratique kinésithérapique une dimension supplémentaire de qualité pour le mieux-être des patients.

Remerciement pour son aide documentaire à Patrick Boisseau, enseignant cadre de santé à l'Institut de formation en masso-kinésithérapie de Nancy.

10. Bibliographie

- ABREZOL R. (2002). *La Quête de l'excellence*, Éd. Vivez Soleil.
- ABREZOL R. (1983). *Vaincre par la sophrologie*, Éd. Vivez Soleil.
- AUDOIN L. (2005). *La Sophrologie*, Paris, Milan.
- BOUREAU F. (1988). *Pratique du traitement de la douleur*, Paris, Douin.
- BRENOT P. (1998). *La Relaxation*, Paris, PUF.
- DECLERCK M. (1999). *Le Schéma corporel en sophrologie*, Paris, L'Harmattan.
- DOLLE P.M. (2002). *La Main, parking de vos angoisses*, Éd. Gérard Louis.
- DOLTO F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, coll. « Points ».
- DOLTO B. J. (1976). *Le Corps entre les mains*, Paris, Hermann.
- DURAND DE BOUSINGEN (1961). *La Relaxation*, Paris, PUF.
- ETCHELECOU B. (2007). *Comprendre et pratiquer la sophrologie*, Paris, InterÉditions.
- FOUCHÉ B. (2004). *La Sophrologie ou le pouvoir des images en psychothérapie*, Paris, L'Harmattan.
- GAUTHIER P. (2008). *Découvrir la sophrologie*, Paris, InterÉditions.
- GEISSMANN et DURAND DE BOUSINGEN (1968). *Les Méthodes de relaxation*, Bruxelles, Dessart, 2^e éd.
- GOEFFERT P.C., CHIGNON J. C. (1984). *Rééducation et réadaptation cardiovasculaire*, Paris, Masson.
- HOURDE O. (2002). *Cerveau et psychologie*, Paris, PUF.
- ISSARTEL L. (1983). *L'Ostéopathie exactement*, Paris, Robert Laffont.
- PERREAUT-PIERRE É. (2000). *La Gestion mentale du stress*, Paris, Amphora.
- PREFAUT C. (2009). *Kinésithérapie respiratoire*, Paris, Masson.
- RAGER G. (1973). *Hypnose, sophrologie et médecine*, Paris, Fayard.
- RICARD F. (2008). *Traitement ostéopathique des lombalgies et lombosciatiques*, Paris, Masson.

SCHULTZ J.H. (1997). *Le Training autogène*, Paris, PUF.

THOURAILLE G. (2004). *Relaxation et présence humaine*, Paris, L'Harmattan.

Chapitre 22

Sophrologie et psychomotricité

MARIE-ÉDITH PINEL

> Pourquoi ce chapitre ?

La question des interférences professionnelles ouvre souvent un jeu subtil de glissements, d'enrichissements, de superpositions. Cet essai de mise en forme traduit mon expérience et un questionnement : celui de la pratique sophrologique dans le champ thérapeutique en psychomotricité. La sophrologie s'invite comme réponse thérapeutique et participe alors au processus de soin. Les deux professions s'enrichissent mutuellement et posent la question du trait d'union : psychomotricienne-sophrologue ou de la conjonction : psychomotricienne « et » sophrologue ?

Les dénominateurs communs à la sophrologie et à la psychomotricité sont nombreux : le schéma corporel base de l'édification du sujet croisé à l'image du corps, les références à la phénoménologie, les dates de création et l'origine, les pratiques de relaxation.

Sommaire

1. La psychomotricité.....	494
2. La pratique psychomotrice.....	496
3. Quand la sophrologie s'invite en psychomotricité.....	497
4. Conclusion.....	509
5. Bibliographie.....	509

Nées dans des services de neuropsychiatrie, sophrologie et psychomotricité visent à l'origine une réponse novatrice sur le plan thérapeutique dont la modernité reste un élément très présent.

La psychomotricité est éminemment plurielle dans son histoire et ses références. Considérée comme une spécialité française, la profession voit le jour pour répondre aux difficultés psychomotrices au cours du développement de l'enfant.

En 1960, Juan de Ajuriaguerra, neuropsychiatre, publie le *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Il développe le concept de dialogue tonique et met en évidence l'importance du tonus dans l'organisation relationnelle, les interrelations entre le tonus et les émotions. Ses recherches seront déterminantes dans la définition de la psychomotricité. Sa capacité à intégrer tous les courants tant sur le plan de la neurologie, la psychiatrie, la psychologie, la psychanalyse et la philosophie donne une ouverture particulière à son travail.

L'attitude phénoménologique et la place du corps adossée à ces deux pratiques constituent un premier lien majeur. Ces deux démarches, sophrologie et psychomotricité, se croisent dans mon parcours professionnel et participent à mon questionnement : relier ou séparer, expérimenter et enrichir. Cette rencontre ouvre des questions sans cesse à l'œuvre dans ma pratique professionnelle à l'image d'un mille-feuille dont les différents éléments existent à part entière. L'assemblage des feuillets crée-t-il un nouvel objet ?

J'expérimente d'abord le cadre prophylactique de la sophrologie près de groupes d'étudiants infirmiers et du personnel soignant. Puis vient l'intégration dans le cadre thérapeutique et le moment de poser l'indication d'un accompagnement en sophrologie en pédopsychiatrie. C'est une expérience fondatrice pour moi de l'adaptabilité de l'outil sophrologique et l'origine de nombreuses déclinaisons près des enfants, adolescents ou adultes que je rencontre actuellement dans le cadre d'une activité libérale.

Comment la pratique sophrologique s'inscrit-elle dans la prise en charge des troubles du comportement ? Comment se fraye-t-elle un chemin lorsque le corps défaille dans son intégrité ? Comment s'inscrit-elle dans l'appropriation de l'outil corps des enfants à haut potentiel ? Peut-elle participer à l'apaisement des troubles tonico-émotionnels ? Est-elle une réponse aux crises d'angoisse majeure ? Quelles sont les limites de cet outil dans ces indications ? La complémentarité des deux démarches est-elle une partition nouvelle dans la proposition de soins ?

1. La psychomotricité



DÉFINITION

La psychomotricité, selon la définition classiquement admise, est l'intégration des fonctions motrices dans l'activité psychique au cours du développement de l'enfant.

Elle est l'expression corporelle de la vie psychique, affective, intellectuelle et relationnelle, tant dans son fonctionnement que dans sa structure. Elle couvre un large champ d'action clinique et de spécialisation.

Naissance du concept et développement

Sur le plan de l'histoire la route fut longue avant de définir l'identité professionnelle des psychomotriciens. Beaucoup de chercheurs ont œuvré sur ces questions fondamentales du lien entre le corps et le mouvement, le mental, l'émotion.

Si E. Dupré, en 1900, énonce une loi sur le lien entre l'état psychique et l'activité motrice, il décrit également une forme de pathologie unissant de manière indissociable les anomalies psychiques et les anomalies motrices.

S'en suivront d'autres études passionnantes sur le développement de l'enfant et les différentes étapes maturatives dans le souci de cette articulation corps et pensée. Piaget étudie le développement de la pensée chez l'enfant. Il met en évidence le lien entre l'intelligence et l'action, le mouvement, l'imitation. Il actualise des stades de développement au travers des notions d'adaptation, d'intégration, d'assimilation et d'accommodation.

Wallon, quant à lui, développe le lien des fonctions motrices et affectives dans la pensée. Le tonus apparaît comme une étoffe dont sont faites les attitudes, les postures, la mimique. La motricité n'est plus considérée comme une simple fonction instrumentale.

Juan de Ajuriaguerra développe des recherches sur la rééducation des troubles de la psychomotricité et du langage à l'hôpital Henri-Rousselle et à l'hôpital Sainte-Anne. En collaboration avec M. Stamback, G. Soubiran Et R. Diatkine ils définissent le trouble psychomoteur et mettent en place un essai de thérapie psychomotrice.

Le trouble psychomoteur

Les troubles psychomoteurs sont souvent le reflet d'un dysfonctionnement global en lien avec l'organisation psychomotrice et des interférences multiples tant sur le plan des équipements que sur le plan psychoaffectif et relationnel. Rarement isolés ils traduisent une certaine façon d'être au monde.

La définition de Catherine Potel en situe très bien le contexte et ses développements :

« Les troubles psychomoteurs sont des expressions symptomatiques, corporelles ou comportementales, du fonctionnement d'un sujet, enfant, adolescent, adulte dont les origines peuvent être diverses (neurologiques, psychologiques, relationnelles, psychiques) et dont la présence affecte les potentialités du sujet qu'elles soient de l'ordre de la cognition, de la créativité ou des moyens d'expression et de communication qui habituellement empruntent le canal du corps. » (2010, p. 194)

Que ce soit sur le versant de l'inhibition ou de l'instabilité, de la maladresse ou des difficultés de coordination, des troubles du schéma corporel ou des difficultés relationnelles, la demande affecte le nouage du sensori-moteur avec la partie psychique

ZOOM. Extrait du décret n° 88-659 du 6 mai 1988

Décret relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice.

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

1. Bilan psychomoteur.
2. Éducation précoce et stimulation psychomotrices.
3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
 - retards du développement psychomoteur ;
 - troubles de la maturation et de la régulation tonique ;

- troubles du schéma corporel ;
 - troubles de la latéralité ;
 - troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
 - dysharmonies psychomotrices ;
 - troubles tonico-émotionnels ;
 - maladrotes motrices et gestuelles, dyspraxies ;
 - débilité motrice ;
 - inhibition psychomotrice ;
 - instabilité psychomotrice ;
 - troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.
4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

du corps, affecte le fonctionnement instrumental, expressif et ludique dans la relation aux autres et au monde extérieur.

Un décret de compétences définit notre champ d'intervention (voir **zoom**).

Un bilan psychomoteur permet une investigation globale, émotionnelle et créative de l'enfant, c'est une mise en situation révélant ses potentialités et ses acquisitions, la maturation et l'intégration du schéma corporel, les différentes praxies, le tonus musculaire, les équilibres et les coordinations, la latéralisation, les notions de rythme, d'espace et de temps. C'est aussi l'observation de la mise en jeu du corps, l'expérience de la motricité en relation et pas seulement une observation quantifiable.

2. La pratique psychomotrice

La pratique psychomotrice est sous-tendue par des repères constants aux cadres thérapeutiques : le cadre temporo-spatial définissant l'espace des rencontres, la régularité des séances, le cadre contenant et sécurisant avec ses règles et ses limites.



GROS PLAN

La thérapie psychomotrice propose une expérience du corps dans la relation à l'autre, une expérience ludique et expressionnelle dans la présence étayante de l'autre. C'est un accompagnement bienveillant et contenant dans l'éprouvé du faire, du jouer, du ressentir permettant une meilleure habitation corporelle globale, une restauration narcissique. On peut comprendre l'expérience psychomotrice comme une rencontre identificatoire dans le « jouer avec ».

La salle de psychomotricité est souvent assimilée par les enfants à un terrain d'aventures appelant au jeu, au mouvement et à l'expérience. Le matériel est multicolore : balles, cerceaux, bâtons, tapis, coussins, matelas, cubes, structures en mousse pour construire, édifier, rêver, se protéger, se cacher, s'envelopper, se détendre, des personnages pour jouer, symboliser. Un matériel plus centré autour d'une table : modelage, graphisme, jeux de logique et d'adresse.

La pratique psychomotrice au-delà du soin s'enrichit de médiations corporelles comme autant d'outils complémentaires : les différentes approches de relaxation, le tai-chi, la sophrologie.

3. Quand la sophrologie s'invite en psychomotricité

Alfonso Caycedo, le fondateur de la sophrologie, décrit une science étudiant la conscience humaine. Il élabore une pédagogie afin de renforcer ou de conquérir un équilibre entre les émotions, la pensée et les comportements. Cette pédagogie place le corps et la conscience corporelle au cœur même du sujet dans son rapport au monde et aux autres. Nous observons là des liens très naturels dans notre pratique psychomotrice où le sujet exprime corporellement sa vie psychique, affective et relationnelle. Et c'est très naturellement que la sophrologie s'est inscrite dans ma pratique.

Ces deux démarches posent un socle commun et deux identités professionnelles. Les cas cliniques qui vont suivre illustrent l'expérience de cette rencontre. J'ai choisi de centrer l'observation sur l'approche sophrologique sans faire ici référence à l'histoire personnelle de chacun qui bien sûr fut accompagnée, soutenue, en lien avec l'environnement familial.

Pourquoi t'es zen comme ça ?

La première expérience vécue en milieu hospitalier dans un service de pédopsychiatrie a été éminemment fondatrice. Pratiquer la sophrologie avec un préadolescent que j'appellerai Jean a été une expérience de créativité majeure et d'adaptabilité au-delà de ce que je pouvais imaginer. J'observais avec une attention particulière les attaques du cadre et la méthodologie bousculée. Je continuais fascinée par la capacité de Jean à transformer l'outil, se l'approprier et l'utiliser librement. Tantôt présent un instant, il pouvait me laisser seule continuer la séance et rejoindre l'espace de jeux. Cette expérience en pédopsychiatrie a relativisé les mises en garde régulières entendues en psychiatrie sur toutes les techniques du corps et du travail sur la conscience.

La question du corps en psychiatrie a longtemps été négligée. L'expérience corporelle était reléguée du côté des techniques normatives plutôt que du côté de l'écoute, de l'éprouvé.



CAS PRATIQUE

Jean, désorganisation et violence

Admis à l'unité de soins d'urgence pour désorganisation et violence extrême Jean a 11 ans. C'est un préadolescent éclaté, explosant sans raison apparente, violent avec lui-même et avec les autres, aux prises avec un désordre corporel et psychique intense et une maladresse étonnante. Jean met régulièrement en

échec toutes les tentatives de soins, son parcours institutionnel est long, la famille défaillante. Les carences multiples de Jean le placent dans une pathologie limite là où la frontière entre le réel et l'imaginaire est fragile, un état borderline. Il affirme sa toute-puissance régulièrement et développe un discours sur la maîtrise du corps et la maîtrise de certains arts martiaux.

Mon intention est de lui proposer la relaxation dynamique du premier degré et des sophronisations avec des alternances de séquences ludiques (jeux, dessins). Son discours sur les arts martiaux semble être constitué d'images sans lien avec les images kinesthésiques sensorimotrices. Vivre, ressentir, nommer le schéma corporel c'est peut-être renouer avec l'expression du corps ? La relaxation dynamique du premier degré est une entrée en matière ré-assurante et progressive permettant cette progression.

Dans un coin de la salle de psychomotricité, j'ai créé un espace spécifique : deux grands fauteuils sur un carré de moquette, quelques cubes de mousse. Ce cadre spatial constitue une référence et une permanence dont Jean va éprouver la solidité jouant avec le dehors et le dedans.

Le schéma classique est rapidement malmené. Les arrivées sont souvent violentes et bruyantes, Jean fait irruption dans la salle, va-et-vient entre l'espace proposé et l'espace de jeux.

Nous vivons quelques séances de trois ou quatre stimulations : les gestes sont à peine ébauchés, très rapides. Jean bâille beaucoup et s'en étonne. Il travaille les yeux ouverts avec une grande vigilance. Le temps de pause d'intégration l'inquiète, il m'observe et demande si je réfléchis ou si je pense. Ce petit temps de silence est insupportable, Jean envahit alors l'espace de commentaires incessants avant, pendant et après la stimulation. Au fur et à mesure il dit les sensations, les bâillements, le sang qui circule, il me demande d'arrêter parce que cela le rend trop mou et que cela le détend.

Il peut s'effondrer soudainement dans le fauteuil, déclarer qu'il n'en peut plus ou s'écrouler de rire après la stimulation des moulinets. L'inquiétude est permanente sur la crainte de fermer les yeux et de ne pas se réveiller mais il le tente régulièrement. Un sursaut très brutal intervient quand la lenteur du mouvement et la détente sur son visage s'installent : « attend, je vais m'endormir », il se frotte très fort le visage comme s'il éprouvait le besoin de ramener au corps, au ressenti en conscience ordinaire.

À d'autres moments il quitte le fauteuil en pleine stimulation, comme un arrachement muet. L'éloignement joue comme une soupape, je reste sur le fauteuil dans le cadre proposé, pointant la difficulté de l'expérience sans lui proposer de revenir. Souvent je termine la stimulation seule. Il s'active alors dans une autre partie de la salle, vide les malles, grimpe aux espaliers tout en m'observant.

Les deux espaces coexistent ensemble et séparés, l'aire de jeu, l'aire sophrologique.

Il m'observe régulièrement, prononce plusieurs fois : « Vous êtes zen, vous ! » Dans la difficile rencontre avec son ressenti, perçoit-il un état particulier de l'autre, une différence qui pose deux sujets dans la rencontre ?

Je ressens le rôle contenant du projet où je l'invite à partager librement l'expérience, l'appropriation impossible ou difficile du ressenti. Jean lutte pour garder la maîtrise tout en explorant un niveau de conscience différent qu'il définit comme une frange très proche du sommeil. Expérimente-t-il la notion du lâcher-prise, un début d'intériorisation ? La répétition s'installe, il ne manque aucune séance. J'explique régulièrement le relâchement, la détente qui n'est pas le sommeil. La réassurance corporelle est nécessaire. Mon *terpnos logos* est explicatif et par moments persuasif pour tenter de le centrer.

Un jour, Jean se balance sur un très gros cylindre il chantonne : bateau sur l'eau, ne se rappelle plus : « c'est comment déjà » ? Je chante, nous chantons. Il ajoute « ça me rappelle quand j'étais petit, je chantais ça à l'école ». Jean associe un mouvement et un éprouvé sensoriel, il le relie à un moment de plaisir de son passé qu'il revit là dans l'instant. Court moment partagé dans un rythme tranquille et apaisant, une vivance du corps dans la mémoire retrouvée, Jean expérimente-il une sophronésie ? Associant son éprouvé de l'instant avec son enfance ?

Jean vivra une séance avec un sifflet très bruyant. Il émet des sons stridents comme un barrage à ma voix. Petit à petit les sons du sifflet s'accordent à son souffle dans la stimulation du diaphragme ou lors des mouvements de la tête. Dans le dialogue post-sophronique Jean me fait remarquer : « ça fait du bruit hein le sifflet et de souffler aussi et les mots aussi ça fait du bruit ! » Il ajoute : « Comment on fait ça les mots ? C'est dans la tête ? ». Est-il en train d'intérioriser un début de représentation ? Du moi corporel au moi présentiel ?

Certaines séances sont explosives avec des tirs de ballon très violents puis il s'effondre sur un matelas : « pourquoi t'es tranquille comme ça ? Moi j'ai envie de me cogner la tête, tu vois ? »

Il commence à nommer son impossibilité d'attendre, ses mouvements de violence (« c'est dans moi, faut que je me cogne la tête »), il se plaint de la tension qu'il sent toujours en lui ; je lui propose d'essayer de se contracter sur l'expiration, il éclate de rire et recommence plusieurs fois pour vérifier. Nous apprenons les sophro-respirations synchroniques, cela lui plaît beaucoup. Il les expérimente et vérifie la détente après comme une surprise de l'effet perçu.

Il transforme quelquefois les stimulations, me proposant d'autres mouvements. Je propose qu'il me les enseigne lui faisant préciser ses points d'appuis et nommer les éléments du schéma corporel engagé dans ses mouvements. Il s'autorise à m'enseigner tout en refusant d'admettre qu'il sait : « c'est les grands qui savent ! ». J'accueille ses compétences, les nomme, les interroge, les partage, il m'enseigne également la nature, les chevaux et les chiens qui le passionnent.

Les sophronisations de base deviennent possibles. Jean m'y interpelle toujours régulièrement, maintient-il le lien sécurisant qui lui fait tant défaut ? Il parle la plupart du temps, m'indique s'il est d'accord avec mes propositions, m'en suggère d'autres, mais je le sens détendu, rieur, les yeux semi-fermés, puis fermés, un moment silencieux.

Jean se plaignant un jour d'avoir une boîte à cauchemars dans la tête je lui propose de créer une boîte à rêves, des images agréables et positives. La dimension du positif s'intègre et devient un échange régulier.

L'expression dans le dialogue post-sophronique s'enrichit. Jean passe de l'acte à la parole, il interroge les vécus, les ressentis, tente d'y mettre du sens. Je l'accompagne dans cette quête. Il confirme qu'il dort mieux, se met moins vite en rogne. Ses dessins témoignent de la recherche d'une place dans son histoire.

Jean questionne régulièrement : « Je voudrais être calme, zen alors là, ça doit être le paradis ! Est-ce que l'on peut apprendre cela ? » Je lui propose de s'entraîner et de répéter les mouvements, la respiration. Il accepte cette idée avec beaucoup de sérieux et de curiosité, conforté dans l'apprentissage possible, une forme partageable et communicable.

Durant ces six mois, l'évolution de Jean est remarquable dans la restauration narcissique et l'estime de soi, il prend soin de lui : coiffure, vêtements, amaigrissement. Ses performances physiques sont améliorées sur le plan de l'endurance et la notion de plaisir (marche, vélo, équitation, piscine). L'agressivité a baissé dans le groupe, Jean peut parler son ressenti, les mots jouent leur fonction symbolique. Son comportement est moins violent, les crises plus espacées. Il peut rester en classe un peu plus longtemps, les acquis sont faibles, les difficultés d'apprentissages présentes.

Parallèlement au travail de l'équipe, ces six mois de rencontres régulières ont été une expérience partagée. Si Jean ne pouvait entrer dans le cadre classique de la relaxation dynamique, ce cadre était nécessaire pour rassembler cette gestulation et son dispersement. Ce qui pouvait se révéler une contrainte, voire une impossible rencontre s'est transformée petit à petit dans la relation.

Conscience corporelle, conscience de soi, conscience de l'autre, j'ai revisité avec Jean la sophrologie dans la dynamique de la créativité et dans l'accompagnement psychomoteur. Le cadre thérapeutique contenant, accueillant, l'intention clairement énoncée de l'outil a posé la sophrologie comme un outil, une médiation.

Margot, le corps abîmé

Margot, 14 ans, est une adolescente au visage tourmenté que ses parents accompagnent dans une demande de relaxation. Ils évoquent des difficultés au niveau de la motricité fine, du raisonnement logique et des difficultés relationnelles. Une hémiplégie gauche contractée à neuf mois suite à une hyperthermie importante a laissé des séquelles moyennes, le bras gauche semble peu mobile, les doigts fermés, recroquevillés, la jambe traîne et fauche légèrement à la marche.

Elle présente une inhibition psychomotrice importante, soutient difficilement le regard, ses cheveux masquent le plus souvent son visage. Margot exprime sa peur du regard des autres et son évitement des relations, l'importance de cacher le corps, la fatigue en position debout, les tremblements.

Le projet thérapeutique s'affine dans les premières rencontres et je vais proposer une dizaine de séances de relaxation dynamique en expliquant la démarche

sophrologique. La fonction motrice est atteinte partiellement mais le fonctionnement de cet hémicorps m'apparaît fermé au-delà de la réalité du schéma corporel.

Lors des premières séances de relaxation dynamique Margot exécute les mouvements du côté droit. Un frémissement apparaît à gauche, quelquefois une ébauche. Elle mobilise son bras gauche à l'aide de sa main droite. Elle semble trouver le seuil sophro-liminal très vite et bascule dans le sommeil. Je fais le parallèle avec le sommeil réparateur et refuge dont elle fait état lorsqu'elle évoque des siestes de trois heures.

Le dialogue post-sophronique la met dans un malaise important, elle baisse la tête, les yeux rivés au sol et dit que c'était bien. Je la sens au supplice et de se taire et de tenter d'en dire quelque chose. Les séances me semblent comme un espace non partagé, j'observe le silence et le cocon dont elle s'enveloppe hors de portée ?

Un moment préalable d'échanges ludiques avec des balles de différentes textures va poser une expérience psychomotrice et relationnelle. Nous revisitons la dynamique du corps à partir de l'axe corporel comme un dévoilement de ses capacités motrices.

Le bras gauche participe partiellement à la réception, jamais au lancer. J'invite Margot à lancer à gauche ; elle déclare la chose impossible et me fait observer les lancers rudes, maladroits. Mes contorsions pour récupérer la balle la mettent en joie. La main gauche trouve cette fonction singulière de mettre la psychomotricienne en échec. Plus globalement la prise de conscience de ses limites à gauche, de cette partie de son corps meurtri se fait dans un climat de réassurance et d'expression joyeuse, le geste devient chargé de sens et vecteur de notre relation. Ces échanges tissent peu à peu un temps nécessaire dans la rencontre de repérages, d'apprentissage dont je ferai dans les séances de sophrologie un préalable important.

Les moments ludiques et de relaxation dynamique alternent. Les stimulations se développent dans l'expression gestuelle interactive, la place du regard me semble fondamentale. Margot soutient mon regard posé sur elle faisant un mouvement, puis elle m'observe réalisant le même mouvement, nous enchaînons ensemble comme la réplique d'un dialogue corporel, un peu toi, un peu moi, un peu nous. Dans ce rythme alterné et régulier, co-construit dans la rencontre, le visage est plus vivant, elle sourit, ouvre et ferme les yeux, je la sens présente à elle et à moi en même temps.

La séance de relaxation dynamique se construit petit à petit. Les stimulations sont choisies au départ dans l'évitement de trop solliciter son bras gauche (comme si je voulais lui éviter les difficultés). Je reviens au cadre méthodologique du premier degré classique ouvrant tous les possibles du corps dans l'expérience lui proposant toutes les stimulations.

Un temps d'attention, de centrage, l'appropriation de la réalité du schéma corporel éloigne le sommeil. La conscience se dévoile dans la globalité du corps. Le dialogue post-sophronique s'enrichit dans la confiance.

Le côté gauche commence à se mobiliser seul. Dans la stimulation des hémicorps, j'observe un jour le bras gauche redressé seul, vacillant certes mais redressé. Ses yeux sont fermés, son visage exprime la tension de l'effort. Dans le dialogue post-sophronique elle dira avec un grand sourire : « C'était comme la statue de la liberté ! », je le reçois comme un cadeau magnifique d'une forme d'intégration d'un schéma corporel abîmé mais vivant.

La prise en charge s'étendra sur six mois, les parents constatent un épanouissement, une ouverture, une humeur plus joyeuse, elle réinvestit la kinésithérapie. J'observe un changement sur le plan vestimentaire, elle ose un rose à lèvres, du vernis sur les ongles. Elle sourit plus souvent, sa tête se redresse quand elle parle, nous abordons la vie, les autres.

Lorsque nous ferons la synthèse des séances de sophrologie elle nomme le plaisir de ce travail, elle cherche un autre mot pour le préciser, elle ajoute : la surprise ! Je pense à la surprise de retrouver un fonctionnement partiel mais vivant de ce bras que Margot maintenait éteint. J'ai vu Margot entrouvrir le cocon protecteur de l'inhibition pour renouer avec sa corporalité, croiser le schéma corporel et l'image du corps.

Cécile, apprivoiser l'impossible

Cécile est rencontrée une première fois à l'âge de 12 ans pour des difficultés importantes de sommeil, une gêne pharyngée et une toux spasmodique. Des séances de relaxation sont prescrites par le pédopsychiatre, je pose le cadre de séances de sophrologie et lui propose la première partie de la relaxation dynamique du premier degré.

Le regard rivé au sol, elle exprime la difficulté de sentir le corps : « Je n'ai pas l'habitude » et termine par « tout est bien » avec des gestes compulsifs des mains. La respiration est très irrégulière. Elle décrit une peur dont je ne mesure pas tout de suite l'importance ; le corps est gommé, effacé.

À l'occasion d'un malaise dans une pause d'intégration silencieuse elle commentera la fatigue ressentie dont elle ne sait que faire et sa peur de tomber. Cécile parle de malaises au cours desquels elle ne perd pas conscience. Elle décrit une sensation entre la présence et l'absence du corps barrée par la peur, envahie par des images terribles de maladie.

Dans un premier temps je propose une expérience corporelle ludique et dynamique avec des médiateurs (le jeu de l'acteur, l'expression corporelle) dans une tentative de réassurance corporelle et d'observation de son potentiel psychomoteur. Jouer, partager un mouvement, un élan, l'amplifier, le réduire et tenter de préciser une forme, un ressenti. Jouer permet la distance, l'observation en miroir du geste de l'autre avant peut-être de s'approprier et de reconnaître l'émotion.

Une courte séquence de relaxation dynamique est abordée ensuite dans un face à face, les yeux ouverts. Le *terpnos logos* se transforme dans une relation de langage partagé, commenté, soutenu dans nos regards. La relation dans la présence à l'autre s'installe. Les stimulations dans des changements de rythmes

entraînent des mimiques, des commentaires dans l'interaction, une détente et quelques sourires.

Elle réprime les bâillements, évoque quelques douleurs dans les mollets et une température du corps différente selon les segments corporels. La respiration consciente proposée avec prudence reste économe, à peine perceptible. Les mouvements sont apprivoisés dans la relation, les yeux fermés de très courts moments. Le corps reste clivé avec une légère détente du haut du corps et une raideur des membres inférieurs.

Après un trimestre, Cécile a retrouvé le sommeil, se sent mieux, une légère détente s'observe dans la dynamique corporelle. Cette première approche ouvre la présence du corps et des possibles du côté ludique dans la relation à un autre. C'est l'espace de la rencontre qui me semble avoir été essentiel et l'écoute du côté du corps ; l'idée qu'elle puisse intégrer le schéma corporel, le vivre, le ressentir. Le travail va s'interrompre à l'arrivée de l'été.

Quatre ans plus tard, Cécile a dix-huit ans ; elle revient, le regard périphérique, le débit rapide. Le malaise est extrême, des crises d'angoisse l'inquiètent, une tentative de suicide qu'elle évoque comme une tentative d'échapper à une situation d'examens. Cécile évoque son organisation quotidienne pour s'éviter d'être seule ou de penser : le sommeil, l'ordinateur, les déambulations solitaires en ville. Coupée du lien social, Cécile a entamé une thérapie et demande de reprendre les séances de sophrologie.

Les liens avec sa thérapeute posent la question fondamentale : créer un lien ou non pour soutenir Cécile dans sa quête d'un mieux-être. Il ne s'agit pas d'un rendre compte mais d'un lien possible où chacun restant dans son champ de compétence peut enrichir la clinique de l'autre. Cet exercice suppose une connaissance et une reconnaissance du travail de l'autre. Définir le champ de la psychothérapie, de la sophrothérapie et/ou de l'accompagnement en sophrologie. Les deux chemins font trace pour le patient et s'enrichissent mutuellement, avec un certain nombre d'interférences. Cette question mériterait à elle seule bien des développements.

Je propose une sophronisation de base et l'évocation d'une image agréable, la lecture du corps s'arrête au plexus, elle s'affole et dit n'avoir jamais ressenti ça et s'effondre au sol très lourdement, se love en position fœtale. Elle tremble et frappe avec sa main comme pour éprouver les limites, le dur, le solide.

Dans cette première séance je mesure l'inscription de ses malaises du côté d'une pathologie phobique. Nous allons construire ensemble le cadre de nos rencontres et prudemment aborder l'expérience corporelle globale. J'observe son potentiel, sa capacité à vivre l'outil corporel, le nommer, le ressentir, l'éprouver dans la réalité du schéma corporel.

Nous travaillerons debout, face à face, les yeux ouverts. Je lui propose d'expérimenter des postures d'expression, comme un éveil corporel pour revisiter la verticalité, l'étirement, le souffle, le mouvement, l'ouverture, le retrait ; un essai de synthèse liant le travail corporel à la qualité expressionnelle du corps. Répéter une posture soi, sur l'autre, en chercher le sens, la reprendre, la tenir, jusqu'à ce

que jaillisse l'émotion vibrant dans le corps. Nous échangeons ce que le corps pourrait exprimer avec la posture, jouer un rôle serait peut-être moins engageant moins risqué ?

Ces postures ne sont pas nommées au départ et vont trouver peu à peu la voie du ressenti et de l'émotion. Le corps signifie, dialogue, ouvre une aire transitionnelle partagée pour dire la peur, tendre les bras, accueillir, s'élancer vers l'autre ou reculer, s'élever.

Cécile exprime la sensation de la présence de son corps dans ce moment, s'étonne de ressentir un plaisir dans le mouvement et une facilité à exprimer son ressenti de la posture. Nous reprenons alors de courtes séances de relaxation dynamique avec un temps de pause très court. Ce protocole permet d'avancer et de la rassurer sur sa capacité à fermer les yeux et apprivoiser à nouveau ce regard sur elle, le ressenti de la réalité du corps.

Cécile s'entraîne très régulièrement. Elle observe son quotidien dans ce qui lui apparaît véritablement : ouverture, fuite ou liens. Elle s'autorise quelques expériences nouvelles avec plaisir ou décrit comment elle s'arrange pour renoncer. Le danger de couper le lien à l'environnement est réel, Cécile semble au bord de la relation avec les autres sans pouvoir l'envisager librement. J'aborde avec elle son inscription dans le monde, ouvrir ou fermer les yeux sur sa vie. Des séquences sur des souvenirs positifs la rassurent sur son vécu antérieur. D'autres moments difficiles posent la question de la fragilité de cette enveloppe que je lui propose de retrouver. Des attaques de la peau de son visage interrogent la frontière, les traces.

Tout au long de cette prise en charge j'interroge mon cadre de travail, interrogeant le bien-fondé d'une pratique corporelle qui peut-être alimente ses phobies. Avec les adolescents borderlines phobiques, la sophrologie peut parfois favoriser un refuge enfermant ou une fragilisation de leur équilibre. Leur rapport au schéma corporel est souvent dans une représentation imagée, imaginaire, et proposer la réalité du schéma corporel peut être énigmatique pour eux, voire angoissant. Le corps refuge, forteresse, les protège. Tenter d'éveiller dans cette rencontre leur conscience d'être au monde, leur corporalité demande prudence, écoute et soutien thérapeutique.

La sophrologie peut être débordante dans ces pathologies limites et engendrer plutôt un effondrement du sujet débordé par ce qu'il tente de masquer, de refouler. L'expérience sophrologique s'inscrit dans une prise en charge thérapeutique parallèle à la psychothérapie. L'abord corporel est un formidable levier thérapeutique et la sophrologie participe véritablement au soin, par l'engagement du corps. C'est un outil simple et fort. Le suivi s'inscrit dans la durée, six mois, un an, ou plus ; l'engagement est long mais nécessaire à soutenir.

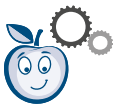
Les entretiens familiaux ont été déterminants dans le retour aux traumatismes infantiles pour l'aider à laisser les morts en paix et à tenter de reprendre sa propre route, écrire comme elle disait sur sa page blanche, un chapitre dans son histoire familiale.

Il n'y a pas de magie, la route sera longue mais l'espoir et la confiance exprimés par Cécile placent la sophrologie comme un levier thérapeutique possible dans un dispositif de soin.

Être à côté de son corps

Repéré comme un enfant intellectuellement précoce Matthieu présente une dys-synchronie souvent observée entre le niveau des performances intellectuelles et les possibilités motrices.

Ces enfants manifestent une précocité dans l'acquisition du langage oral et un grand intérêt pour l'environnement. Les activités intellectuelles laissent loin derrière la réalisation de gestes moteurs. Ils sont peu intéressés par le graphisme, le dessin, les activités ludiques et corporelles où ils se montrent plutôt médiocres, voire en échec. L'anxiété, une grande sensibilité, des mouvements d'humeur, voire d'opposition, sont fréquents. Enfin ces enfants peinent dans les démarches d'analyse séquentielle, ils donnent leurs réponses sans pouvoir analyser le cheminement ou les règles qui le sous-tendent.



CAS PRATIQUE

Matthieu, à côté de son corps

Matthieu a 15 ans et prépare un bac scientifique. Ses notes frisent l'excellence. Il est cependant très inquiet de son absence quasi absolue de résultats en sports. Depuis qu'il est tout petit il dit être à côté de son corps : « J'ai du mal à voir d'où vient le problème, j'ai l'impression de faire la même chose que les autres mais sans résultats, j'ai l'impression de tout travailler avec mon mental, je voudrais comprendre et surmonter. »

Une observation psychomotrice montre le malaise, des problèmes de coordination, un manque de fluidité, des mouvements heurtés, saccadés, le regard fuit la relation, une forme d'étrangeté dans le contact m'inquiète.

J'indique des séances de relaxation dynamique que je nomme pour lui : mettre en lien la tête et le corps. Matthieu aborde la technique avec application et une sorte de raideur, exécute les mouvements, quelques mimiques faciales crispées, des trémulations palpébrales. Le dialogue post-sophronique ne s'installe pas, les séances passent, j'observe la répétition des stimulations comme une répétition ritualisante, évitante sans accroche sur le plan relationnel. La reprise dans l'après-séance informulable : « Je ne peux pas nommer ça ! Ce serait incomplet, ça ne se nomme pas. »

Nous rentrons dans une discussion intellectuelle qui semble faire barrage ou éloigner la pratique et le temps du dialogue pré et post-sophronique s'étire. Je propose de mettre en scène les difficultés rencontrées par rapport à la pratique

du sport, courir après une balle ou un volant de badminton, coordonner les mouvements de la marche ou la course. Matthieu va revivre tous ces mouvements sous l'angle de l'analyse, nous précisons les gestes, les postures, cela reste très technique, il hésite à entrer dans la dynamique du corps.

Je mets en scène la participation du corps à la réception d'une balle, comment un plier dans les genoux donne du confort et de l'équilibre, comment le souffle assure, augmente l'élan, le jeu de lâcher quelque part pour accélérer ailleurs, freiner, accélérer. Au fur et à mesure le caractère ludique va gagner du terrain, les accélérations le déstabilisent, les situations un peu folles : jongler à deux avec plusieurs balles, inventer des combinaisons extravagantes, nous sommes deux dans l'échange à vivre et à parler, à vivre et à rater ; il ne s'applique plus à expliquer, j'observe la part d'enfant éclairant son visage, il sourit, ne commente plus. De l'agir au jeu, c'est le plaisir du mouvement et de l'échange avec l'autre, la mise en jeu du corps en relation.

Nous alternons alors avec de courtes séances de relaxation dynamique, je propose des accélérations et changements de rythme dans les stimulations. Matthieu est de bonne humeur, surpris de la qualité du ressenti lorsque les mouvements s'accélèrent. Le corps s'éprouve vivant, bougeant.

Les séances de sport sont anticipées avec des sophro-acceptations progressives, Matthieu visualise les entraînements sur le stade, le corps en mouvement, la respiration harmonieuse. Pendant les cours il observe son ressenti et constate un intérêt croissant pour la dynamique corporelle. Petit à petit il parvient à évoquer, nommer même si cela reste très économe quelque chose du corps en avançant la multitude de sensations plutôt que leur localisation.

Nous travaillons six mois ensemble, essentiellement relaxation dynamique du premier degré, des sophronisations, des sophro-acceptations progressives en lien avec les examens. Des entretiens familiaux jalonnent la prise en charge : les parents le trouvent grandi, épanoui, plus à l'aise sur le plan corporel.

Matthieu dit se sentir moins complexé, il commence à envisager la notion de plaisir en sport et sortir d'un classement personnel binaire : plaisir, déplaisir, utile, pas utile. Lors de notre dernier rendez-vous, nous faisons une synthèse du travail partagé. Les résultats en sport sont un peu améliorés. L'important semble être ailleurs. Il confie être tombé malade deux fois pendant ces six mois ce qui est une première pour lui. Il s'en étonne, sourit : « Je ne crois pas que cela soit le hasard. » Le corps devient lieu de l'éprouvé, de manifestations somatiques reconnues.

Matthieu conserve cette singularité d'un décalage entre le niveau intellectuel et l'inhibition relationnelle mais il a fait cette expérience corporelle qui fait trace et résonance en lui.

La place de la sophrologie dans le dispositif de soin

La sophrologie est un apprentissage, un processus. Si une pratique régulière est proposée aux patients, elle vaut pour le professionnel psychomotricien et sophrologue dans l'expérience renouvelée de son outil. Personnellement cette pratique continue d'élargir, de développer la palette sensorielle et corporelle du vivre en conscience : observer, écouter, habiter sa propre réalité corporelle et la conscience de soi, accueillir l'autre dans son ressenti propre, sa réalité objective et son cheminement. La pratique est essentielle pour accompagner clairement le patient dans les rencontres. C'est un levier thérapeutique, c'est la proposition d'une expérience corporelle, tonique, phénoménologique.

Avec Margot, Cécile, Matthieu et Jean, les séquences de sophrologie furent le plus souvent le premier degré de la relaxation dynamique, des sophronisations de base, des respirations synchroniques, des sophro-déplacements du négatif, des sophro-présence du positif. La méthodologie s'inscrit dans une progression comme un chemin emprunté dont on ne connaît pas à l'avance le paysage. L'adaptabilité de l'outil enrichit l'expérience pour chaque enfant. La durée des séances variait entre une dizaine de minutes ou une demi-heure, la séance de sophrologie incluse dans la prise en charge psychomotrice de quarante-cinq minutes.

La sophrologie dans son application thérapeutique en psychomotricité compose avec la méthodologie et la créativité. La relaxation dynamique du premier degré est un outil remarquable dans la conquête du schéma corporel, l'éprouvé d'un relâchement musculaire et le centrage dans le cheminement vers la sécurité de base, le sentiment de soi et la verticalité. C'est un outil que j'utilise beaucoup avec les enfants dans mes prises en charge parce qu'il répond à la dynamique du développement psychomoteur plus que la relaxation dynamique du deuxième ou troisième degré. La méthodologie pose un cadre clair au sein duquel la créativité permet de s'adapter à chaque patient : improvisation, interruption, changement de rythme, séquences ludiques. Apprivoiser le mouvement permet une patiente reconnaissance de soi et des possibilités corporelles. Apprivoiser la détente favorise l'expression d'un bien-être, ressenti, retrouvé, nommé. La dimension du positif s'inscrit alors dans une expérience active pour le patient. La pratique favorise également la concentration, l'expérience de l'attention à soi, au mouvement, au langage.

La sophrologie s'inscrit très naturellement dans la thérapie psychomotrice par l'expérience du corps et de la conscience corporelle. Les mouvements sont simples, reliés à la respiration. Les enfants et les adolescents ressentent cette expérience vivante, dynamique. Simple dans sa proposition, elle est sécurisante par la répétition, actualisable par des effets rapides. Les gestes ne sont pas référés à un modèle, il ne

s'agit pas de réaliser un beau mouvement, l'important est ailleurs dans la sensation qui amène peu à peu à la perception et à l'expression.

Par rapport à la méthode, l'apprentissage des stimulations représente un temps particulier, les mouvements sont régulièrement repris, commentés par rapport à l'axe corporel, aux équilibres, aux coordinations. J'observe la nécessité dans mon cadre de travail d'un moment particulier sur la précision de la posture corporelle, l'équilibre, la respiration. C'est comme si nous vivions les mouvements en les décortiquant en conscience ordinaire et en relation interactive, peut-être sur le modèle que Jean m'avait imposé ? Je le place maintenant comme un temps nécessaire d'accordage favorisant la capacité à être seul, le dialogue intérieur et la rencontre avec soi. Ce temps d'apprentissage favorise l'expérience du corps en relation avec un autre, favorise la capacité d'accommoder un mouvement, de l'intégrer. Je relie ces moments-là au processus d'individuation dans le développement, garant de l'autonomie, « être ensemble et séparés ».

Le *terpnos logos* adapté aux enfants propose, conduit, guide, tisse la relation. Dans certaines situations et avec les très jeunes enfants il constitue une enveloppe apaisante à la manière d'une histoire qui dirait : « Il était une fois le corps », une enveloppe en même temps structurant et cadrant le temps de la rencontre. Le *terpnos logos* ouvre la dimension temporelle et spatiale d'un moment partagé dans une linéarité avec un début et une fin. Le dialogue proposé noue l'expérience du corps et du langage, c'est accueillir la parole de l'enfant comme une richesse organisant peu à peu les sensations ressenties.

Sur le plan thérapeutique cet espace participe à l'affirmation de soi, c'est une invitation à conquérir le corps du non-agir, apprivoiser l'inquiétude tonique et chaotique de l'alternance tension, détente, apprivoiser la conquête du schéma corporel.

Note : La sophrologie ouvre un espace complémentaire dans le champ thérapeutique. Elle ouvre la créativité et permet des ponts, des liens entre les deux pratiques.

Y aurait-il des limites en dehors des limites personnelles du praticien ou des risques dans l'application de l'outil sophrologique par rapport à certaines pathologies ?

Avec des sujets peu construits dans leur sécurité de base, la sophrologie peut réactiver des inquiétudes ou des angoisses, accentuer le repli, autant de réactions nécessitant des adaptations et un accompagnement thérapeutique. La sensation corporelle liée à un retour sur soi peut également provoquer chez des sujets phobiques ou psychotiques une forme d'effraction, de morcellement. L'étrangeté du ressenti corporel est alors très éloignée de la réalité du schéma corporel. Cette limite vaut cependant d'être abordée, expérimentée dans une progression personnalisée et reliée alors à un travail psychothérapeutique.

Les limites valent également pour les apaisements partiels traitant la forme des manifestations somatiques et non le fond. J'ai rencontré très régulièrement des améliorations rapides par exemple des tics moteurs, des insomnies, des troubles de la régulation tonico-émotionnelle qui cédaient dans l'espace de la rencontre, ne trouvant d'amélioration longitudinale qu'à considérer l'environnement, le sens du symptôme.

4. Conclusion

Sophrologie en psychomotricité, sophrologie et psychomotricité ? Je formule l'hypothèse que les deux professions coexistent pour moi dans une élaboration permanente. Les effets thérapeutiques s'y croisent et s'enrichissent par la présence et l'engagement du corps, les expérimentations, l'éprouvé.

La sophrologie est un appui étayant, parallèle et progressif dans les prises en charge en psychomotricité. Elle développe la créativité tout en proposant une méthodologie très construite sur la dynamique du corps en lien avec les éléments du développement psychomoteur. Et si elle est une expérience corporelle enrichissante, c'est aussi parce qu'elle participe à la recherche de sens dans l'histoire du sujet.

5. Bibliographie

- DECLERCK M. (1999). *Le Schéma corporel et ses applications thérapeutiques*, Paris, L'Harmattan.
- DOLTO F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, coll. « Point ».
- ETCHELECOU B. (1996). *Manuel de sophrologie pédagogique et thérapeutique*, Paris, Maloine.
- GOLSE B. (2001). *Du corps à la pensée*, Paris, PUF, coll. « Le fil rouge ».
- JOLY F. (2001). *Corps et psychiatrie*, Actes du colloque, juin, S. Publications.
- JOLY F. (1993). *L'Expérience psychomotrice : jeux et enjeux identificatoires*, semaine médicale de Paris, Bichat, « Entretiens de psychomotricité », Paris, ESF, p. 25-32.
- LEBRETON D. (1985). *Corps et sociétés, essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- POTEL C. (2010). *Être psychomotricien aujourd'hui, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Érès.

Chapitre

23

Préparation à la maternité et à la paternité avec la sophrologie

ÉLISABETH RAOUL

> Pourquoi ce chapitre ?

Ce chapitre « spécial parentalité sophrologique » présente quatre pratiques sophrologiques ainsi que quelques thèmes fondamentaux à aborder lors d'une préparation à la naissance.

En ce qui concerne les pratiques : la première est exclusivement sophrologique, la deuxième fait travailler la respiration, le périnée et les organes des sens dans la conscience sophronique, la troisième correspond à du yoga ou de la gymnastique douce toujours dans cet état de concentration intérieure et la quatrième s'axe sur la posture « zen ».

Sommaire

1. Présentation de la sophrologie appliquée à la maternité.....	511
2. Pratiques.....	520
3. Deuxième pratique : la préparation au jour de l'accouchement....	527
4. Troisième pratique : postures souples et respiration.....	533
5. Quatrième pratique : approche de la première année du bébé.....	539
6. Conclusion.....	541
7. Bibliographie.....	541

1. Présentation de la sophrologie appliquée à la maternité

À l'aube de la grossesse

Les premières lueurs de la maternité éclairent un monde jusque-là invisible, en dévoilant à la femme cette force prodigieuse mobilisée par la vie. À l'aube de la grossesse, la future mère se trouve lancée dans un cheminement à travers la plus grande expérience humaine de connaissance et de compréhension de soi, de l'autre et de l'autre en soi. La maternité réunit une exceptionnelle découverte corporelle, une circulation psychique inhabituelle et une maturation spirituelle.

L'arrivée d'un enfant a toujours constitué une étape initiatique transformant la femme en mère et l'homme en père. Ces quelques mois constituent un enseignement durant lesquels ils vont accomplir une incontestable évolution. L'émerveillement est toujours présent lorsqu'il s'agit de la création d'une vie humaine unique, de son développement toujours mystérieux. Encore minuscule, même si la grossesse n'atteint pas son terme, l'enfant est un éveilleur de conscience.

Quels sont les parents qui ne sont pas désireux d'accompagner leur bébé dans ce passage du monde intérieur aquatique, feutré et obscur pour découvrir le monde extérieur habité par le souffle et la lumière ?

La préparation à l'accouchement

La préparation à l'accouchement est apparue en France dans les années 1950.



GROS PLAN

L'accouchement sans douleur

À la suite d'un voyage en URSS où il avait pu observer les obstétriciens russes qui, reprenant les travaux de Pavlov, déconditionnaient les femmes de la fatalité de la douleur d'accouchement pour les reconditionner sur la respiration, le docteur Ferdinand Lamaze a mis en place des cours qu'il a appelés « accouchement sans douleur ». Grande première à l'époque, le futur père était invité à participer à la naissance.

Sans aucun doute, à ses débuts la méthode a eu de bons résultats mais, après « mai 1968 », les femmes ont vécu ce terme de « sans douleur » comme une tromperie.

Dans les années 1970, la méthode s'est transformée en un sigle incompréhensible : PPO (psycho-prophylaxie obstétricale). Heureusement quelques sages-femmes eurent le bon goût de la nommer « accouchement sans crainte ». Actuellement on a coutume de l'appeler plus simplement « préparation classique à l'accouchement ».

D'autres médecins ont largement contribué à changer la naissance, en particulier Michel Odent qui a proposé de faire confiance à la femme pour la laisser trouver les positions qui la soulagent, accompagnée de son conjoint, avec les effets relaxant de l'eau si besoin et des positions d'expulsion différentes de celles sur le dos imposées dans les maternités, en fait des positions ancestrales.

Frédéric Leboyer a également prôné un véritable accueil, très doux et respectueux de l'enfant puisque la coutume était de suspendre le nouveau-né par les pieds (très certainement afin de favoriser un afflux de sang vers le cerveau pour optimiser son oxygénation) et il a mis l'accent sur le caractère sacré de l'accouchement.

En 1980, ayant carte blanche de mon chef de service, le docteur Michel Chartier, gynécologue obstétricien qui avait compris l'intérêt d'une action positive sur la conscience, j'ai pu mettre en place une préparation sophrologique à la maternité et paternité à l'hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours à Paris dans le XIV^e arrondissement et quelques années plus tard une préparation par le yoga.

Actuellement en France, les patientes peuvent choisir leur méthode de préparation à la naissance (classique, sophrologie, yoga, piscine, chant prénatal, haptonomie...) au détour de « l'entretien individuel du 4^e mois de grossesse » effectué par une sage-femme qui écoute, conseille et oriente si besoin. Cet entretien individuel permet de repérer et prévenir les difficultés qui pourraient être source de difficultés relationnelles avec le futur enfant ; son but est de préparer l'accueil de l'enfant à travers ce qu'on nomme : le « projet de naissance » qu'élaborent les futurs parents.

Les séances de préparation avec une sage-femme sont au nombre de huit (en incluant l'entretien individuel) ; remboursées par la sécurité sociale à 100 %, elles se déroulent soit au sein des maternités ou cliniques d'accouchement soit dans le cabinet d'une sage-femme libérale.

La plupart du temps ces séances de préparation comprennent des explications simples sur les différents examens et consultations, l'accouchement, l'accompagnement du conjoint, l'allaitement, les suites de couches...

Ces informations sont souvent abordées sous forme de dialogue avec les mères, primipares et multipares mélangées. La durée varie en fonction du nombre de patientes : plus ou moins quarante-cinq minutes à une heure quinze lorsqu'il y a une à trois patientes, environ 2 heures pour 8 à 10, parfois 12 patientes. J'ai animé pendant vingt-six ans des groupes de 18 à 20 patientes qui duraient jusqu'à 3 heures avec une pause boisson et vidange vésicale... préparant environ 10 000 patientes pendant vingt-six ans.

Pourquoi se préparer avec la sophrologie ?

Voici ce qu'expriment les patientes :

- « J'ai envie d'apprendre à gérer mes contractions d'accouchement sans forcément avoir recours à la péridurale ; j'aimerais garder une certaine autonomie, bien savoir contrôler et maîtriser les événements. »
- « J'aimerais que cette méthode m'aide à vivre le plus naturellement possible l'accouchement. Pouvoir garder un vécu naturel de la naissance. »
- « Moi, au contraire, attendant des jumeaux, j'ai une telle frousse de la péridurale que je fais la sophrologie pour diminuer cette peur. Le médecin m'a confirmé qu'avec des jumeaux la péridurale était obligatoire ; et comme j'aurai peut-être une césarienne, je veux garder un aspect intime, naturel, au milieu de la technicité. »
- « Moi aussi, mon début de grossesse s'est passé dans l'hyper médicalisation avec une FIV [fécondation *in vitro*] après quatre implantations ; la semaine dernière on vient de me découvrir une hypertension qui entraîne un bébé hypotrophique (très petit) et me voilà obligée de courir chaque semaine du laboratoire, à l'échographie en passant par la case obstétricien avec la menace d'une hospitalisation, d'un déclenchement avant la date... J'ai bien besoin d'une préparation qui m'apporte un peu de paix, de tranquillité et de calme pour moi et mon bébé. »
- « C'est l'occasion d'apprendre à mieux gérer le stress, cette méthode me sera utile au quotidien à la maison et au travail tout au long de ma vie. »
- « Je pense que l'arrivée d'un enfant constitue un tel chamboulement qu'elle réclame une préparation solide et complète qui prenne en compte tous les aspects physiques, psychiques et spirituels de l'homme. De plus mon conjoint est partant pour la suivre avec moi. »

Certaines patientes, vivant plutôt bien leur état, viennent à la préparation sophrologique à la maternité pour l'apprentissage de la relaxation, de la respiration ou parce que la définition entendue lors de la séance d'information leur a plu : « modifier, développer sa conscience, agir sur elle, s'ouvrir de l'intérieur... »

Ainsi commence une aventure, l'aventure de la conscience parallèlement à celle de la grossesse.

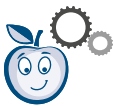
Découverte, confirmation, annonce

L'événement de la naissance est à la fois intime, solennel et sacré. Jamais banal ni insignifiant, il va engendrer espoir et inquiétudes. Sa découverte mêle trouble, sidération, voire incrédulité et parfois même panique... puis la confirmation fait naître des sentiments divers et ambigus dominés souvent par la joie.

Son annonce n'est jamais faite avec désinvolture mais toujours réfléchie, parfois gardée secrète pendant de longues semaines, voire des mois. En fait c'est toute une famille qui, dès l'annonce, va devoir se préparer, se faire à l'idée, accepter une fille, un petit-fils, une sœur, un neveu... Ces quelques mois vont remanier tout l'arbre généalogique de la famille et faire ressortir des histoires enfouies plus ou moins volontairement, et gardées cachées jusque-là. L'aventure de la maternité s'inscrit toujours dans une histoire de famille, de communauté, de tradition.

Il est plus facile à une femme de devenir mère à son tour si elle a reçu de l'affection et de l'attention de la part de ses parents, c'est plus difficile si elle a connu des carences affectives, de la maltraitance ou de l'abandon, parfois juste le sentiment d'être abandonnée.

Toute maternité comporte une part de vie et de mort, d'amour et de violence qui peut surgir au détour du chemin de la grossesse, de l'accouchement ou de l'arrivée de bébé.



CAS PRATIQUE

À la question : « Comment allez-vous ? » la patiente, enceinte de quatorze semaines, sur la défensive me rétorque : « Ah, mais je ne suis pas malade ! » en répondant par un sourire engageant, je formule différemment : « Comment se passe la grossesse ? »

« Je ne sens rien ; je sais que je suis enceinte mais je l'oublie toute la journée... Je ne le sens pas encore bouger pourtant je l'ai vu à l'échographie mais ça ne m'a pas fait grand-chose... J'avais l'impression que ce n'était pas moi ; juste le médecin qui appuyait avec sa sonde jusqu'à me faire mal sur le ventre... Je suis enceinte de quelque chose mais pour l'instant pour moi ce n'est pas encore un bébé, d'ailleurs dans les livres on l'appelle l'embryon ou le fœtus... »

Un bébé en soi cela peut être : « lui ou moi » avant d'être « lui et moi ».

« L'angoisse terrible, c'est lui ou c'est moi ! Je vomis, j'ai des nausées, l'impression d'anéantissement... Je ne dors plus ; je n'en veux plus... et pourtant il est là, je

n'en peux plus, j'ai des insomnies, j'ai besoin d'aide, que tout cela s'arrête et pourtant j'étais contente tout au début... »

Pour ces patientes qui ne peuvent pas toujours verbaliser cet état atypique où déferlent des angoisses et des émotions qui les mettent dans un état de fragilité et de grande vulnérabilité, *la sophrologie propose une véritable réponse.*

Ces futures mères, submergées par un bouleversement interne auquel elles ne s'attendaient pas et qui les plonge dans le désarroi, la confusion, vont pouvoir se raccrocher à une méthode à la fois corporelle et mentale. Pour faire face à ces forces inconscientes réactivées, elles peuvent s'appuyer sur un entraînement quotidien ou biquotidien. Dans ce magma de sensations inconnues, d'affects, la sophrologie exerce des interactions multiples et complexes tant au niveau physique que psychique permettant une nouvelle et meilleure appréhension, élaboration et intégration des schémas corporel et existentiel. Elle agit sur la personnalité globale dans ce climat sécurisant et contenant d'alliance sophronique.

Heureusement la grossesse est une crise « mutative » d'une merveilleuse plasticité à l'image de l'élasticité de l'utérus ou des abdominaux ; elle évolue avec la dynamique de l'enfant ; demain sera meilleur. Mais on ne peut pas se contenter de dire cela à une patiente sans lui proposer une *aide tangible* par exemple celle de la sophrologie (parfois l'acupuncture), voire un soutien psychologique.

La RD (relaxation dynamique) prend en compte la totalité de l'être : le corps et l'affectif, les émotions et les pulsions. Cette méthode globale agit dans plusieurs directions certainement au niveau énergétique, biologique...

L'enregistrement d'une séance (sur un magnétophone ou MP3) présente l'avantage de pouvoir être repassé, réentendu ; et l'exercice refait, avec le doux *terpnos logos* accompagnant, constitue une véritable matrice enveloppante.



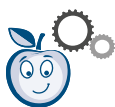
CAS PRATIQUE

« On se sent bien ici, c'est comme un cocon ou un nid où l'on vient prendre la becquée, cette salle me fait penser à un gros placenta qui nous diffuse de l'énergie positive... »

« Je bois votre voix berceuse comme un biberon de lait chaud avec du miel... Pour moi cela me réconforte et me sécurise... Tous ces mots positifs font que mon enfant n'est pas que « lourdeur à porter » mais « présence allégée » et je compte bien emporter à la maternité mon magnétophone pour entendre cette voix agréable... »

Certaines patientes peuvent se permettre une véritable régression où elles mobilisent, et en quelque sorte puisent des forces leur permettant de « grandir ».

D'autres patientes vivent leur état comme un « heureux événement » dans lequel la sophrologie s'inscrit dans un cheminement évolutif permettant de se mettre en quête d'un essentiel se trouvant en elles-mêmes.

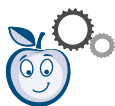


CAS PRATIQUE

« Je me sens relativement chanceuse, je suis bien entourée par ma famille ; je ne suis pas la première à avoir un enfant et je sais que, comme mes sœurs, je vais puiser dans mon héritage culturel certaines des valeurs que j'ai reçues ; mon compagnon et moi-même avons les mêmes références, les mêmes traditions et on veut transmettre celles qui nous semblent essentielles... Je ressens la sophrologie comme une technique d'éveil et d'attention qui m'aide à être en contact avec mon être profond et à communiquer avec mon enfant. »

« Le groupe de sophrologie m'apporte énormément, en plus des exercices sophrologiques que j'aime pratiquer (prendre du temps pour moi et ce bébé), j'observe comment les autres femmes touchent leur ventre, parlent à leur bébé ; je n'ai pas connu beaucoup de contact avec ma mère et mon père je le côtoyais peu, en tout cas on s'embrassait rarement, ça m'a manqué... J'ai découvert la tendresse avec mon ami et là, toutes ces femmes enceintes, je les regarde et je les écoute, ça me plaît ce groupe, c'est un peu comme une famille mais une famille qu'on a choisie, ici c'est plein d'amour, de paroles qui sont toujours reprises d'une façon constructive... »

La future mère vit tour à tour stupeur, bonheur, joie, angoisse, solitude, détresse, doutes... Mais elle reçoit également l'influence, néfaste ou bénéfique, de tout son entourage, qui lui aussi est renvoyé à l'image ambivalente de la mère qu'il a eue et de l'enfant qu'il a été.



CAS PRATIQUE

« Comment vais-je l'annoncer à ma sœur aînée qui désire depuis toujours un enfant et à mon frère qui est homosexuel et qui, lui aussi, à trente-cinq ans, se pose des questions sur la paternité ? Je crains leurs réactions, ils risquent d'être renvoyés à leur manque, leur souffrance... »

La sophrologie ne fonctionne pas avec les termes de l'inconscient : pas d'interprétations de l'imaginaire, ni d'analyses de la pensée discursive, se contentant après l'écoute, d'utiliser, entre autre, la SAP (sophro-acceptation progressive). Mais dans

la mesure où le sophrologue a reçu une formation en psychologie ou s'il possède une « boussole psychanalytique », il peut, s'il sent que c'est bénéfique pour la patiente l'aider à cheminer parallèlement par la parole.

L'être humain a presque toujours la possibilité d'avoir une action adaptée pour sortir de l'épreuve tout en conservant une certaine intégrité. La SAP va donner un supplément de force à la future mère pour aller de l'avant, passer à l'action en augmentant la confiance en soi.

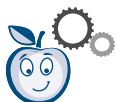


CAS PRATIQUE

« Je saurai trouver les mots et les gestes appropriés pour dire ce que je ressens tout en tenant compte de l'état affectif des autres que ce soit pendant la grossesse par rapport à ma famille, lors de l'accouchement ou après ; ce bébé il ne m'appartient pas, il n'appartient qu'à lui-même, cet enfant sera aussi la joie de ma famille et je pourrai le confier à ma sœur, à mon frère, aux personnes en qui j'ai confiance pour les soins qu'ils lui prodigueront, et ainsi je pourrai me reposer, en profiter pour me retrouver et penser à mon couple... »

La SAP permet à la future mère d'accepter un enfant qu'elle n'avait pas « programmé » ; à partir de l'instant où l'IVG n'est pas demandée c'est que, *a priori*, au plus profond d'elle-même, le rejet était impossible. La SAP ne fait qu'accélérer un processus d'acceptation et d'investissement. Dans les profondeurs de son monde intérieur, la future mère « sait et sent » qu'elle peut développer les capacités nécessaires d'aménagements psychiques. D'ailleurs toute grossesse nécessite des remaniements internes.

La confirmation de la grossesse, laissant de côté le rêve, la fiction du rassurant doute, s'inscrit dans une réalité qui crée une rupture entre un « avant » et un « après » ; un « entre-deux » où le temps semble suspendu. Rien ne sera jamais plus comme avant, un retour en arrière est impossible (expérience semblable à l'arrivée des premières règles ou au premier rapport sexuel...) ; et cet « entre-deux » plus ou moins long pour chacune, demande une adaptation.



CAS PRATIQUE

« Désespérée par l'arrivée de ce bébé imprévu, la sophrologie m'a redonné un cap alors que j'étais complètement déboussolée ; elle m'a aidée peu à peu à accepter l'idée de toute une réorganisation familiale ; maintenant ça me fait sourire mais la pensée de devoir changer de voiture, trois enfants à l'arrière, un couffin et un chien... c'était inconcevable... impensable ! Petit à petit, sans m'effondrer, j'ai pu affronter les remarques désobligeantes de ma belle-mère qui me disait que je n'avais pas bien assumé ma contraception ; encore un deuxième

choc quand j'apprends à l'échographie que nous attendions un quatrième garçon, alors que passé la première épreuve, l'idée d'une petite fille m'avait redonné du courage, je me sentais à nouveau perdue dans un monde « masculin ». Lors de la consultation vous m'avez demandé : « Et qu'en pense votre mari de ce quatrième fils ? » Je vous ai répondu qu'il plaisantait en disant qu'ils allaient constituer une équipe de foot ; alors en me regardant bien droit dans les yeux vous m'avez dit : « Rendez-vous compte de cette chance fabuleuse d'avoir un compagnon extraordinaire ; vous dites qu'il a bien réagi lors de l'annonce, en plus il est sportif et il a de l'humour... et vous semblez dire qu'il remplit bien son rôle de père. Vous pourrez toujours vous épauler sur lui en cas de besoin. » Vous m'avez fait pratiquer quelques respirations rapides d'échauffement et d'apaisement du mental puis une sophronisation courte car vous aviez beaucoup de monde ce jour-là et nous avons activé ensemble le positif : j'ai vu mon conjoint comme un rocher sur lequel je pouvais m'appuyer et j'ai laissé « glisser » cette fixation que je faisais sur une fille... et avec mes larmes toutes les petites robes adorables que j'avais imaginé acheter se sont envolées comme des papillons... »

La SAP permet de lâcher le désir du sexe de l'enfant ; les parents apprennent à accepter l'enfant tel qu'il est.



CAS PRATIQUE

« À quarante ans, je voulais tellement une fille et j'apprends à l'amniocentèse que c'était un garçon ! Vous me "remettez les pendules à l'heure" en répétant deux fois avec une voix douce et ferme que déjà c'est une chance de pouvoir porter la vie à cet âge, que dans le service de gynéco-obstétrique il y a plein de femmes qui consultent pour stérilité et qui, peut-être, n'auront jamais la chance que j'ai... Vous avez dit dans la sophronisation : "Ne demandons pas trop à la vie, elle donne déjà beaucoup, elle est très généreuse ; soyons capables d'accepter et de remercier pour ce qu'on a !" J'ai tellement répété cet entraînement sophrologique qui m'apaisait, que cette phrase inscrite sur mon magnétophone, je la connais par cœur ! Ensuite vous m'avez demandé de me rappeler mon état d'esprit lors de la dernière consultation : "Vous souvenez-vous de vos craintes avant l'amniocentèse ? Quelle était votre angoisse et quel était votre désir le plus cher ?" Badaboum, mon cœur s'est emballé... Bien sûr, je me souvenais parfaitement qu'il y a trois semaines, je craignais que l'enfant ne soit trisomique ; et là alors qu'il était en pleine forme, je me plaignais de son sexe, c'était dérisoire... »

Puis j'ai pu évoquer avec vous ce qui faisait écho lorsqu'on m'a annoncé un garçon ; j'ai subi des violences de mon frère pendant toute mon enfance et même mon adolescence ; il me battait, m'humiliait, me crachait dessus... Le fait de porter un garçon me renvoyait à ça ; en l'exprimant j'ai pu prendre des distances, marquer la différence, ce n'était pas la même histoire... En fait il y avait deux histoires, celle ancienne que je ne pouvais pas changer sauf à « travailler dessus » pour diminuer ma souffrance et l'autre aventure toute neuve, qui commençait avec mon bébé et qui allait se construire... »

Une autre patiente, ayant vécu le même drame quelques années auparavant, qui s'entraînait en posture « zen » avec persévérance et détermination, confiait qu'elle ne s'est sentie libérée pour accoucher qu'après avoir fait enregistrer un « testament » par un notaire, stipulant que s'il arrivait un accident à elle et à son compagnon, qu'ils interdisaient à son frère de s'occuper de leur fille. « Bien avant la véritable naissance, c'est dans la posture du 3^e degré que j'ai « accouché » de cette « idée d'action » et il me semble que, sans la posture, jamais je n'aurais pu imaginer une pareille démarche me permettant de retrouver de la sérénité en fin de grossesse. »

En traversant ces étapes de la grossesse, la mère subit en plus des transformations de son corps, des perturbations psychiques comme elle n'en a jamais connu auparavant, assez semblables pourtant à la période d'adolescence.

Pour être moins « passive » et anticiper ces transformations et l'accouchement porteur d'inconnu, la SAP permet à la patiente de réaliser une projection dans un futur proche (un ou deux mois plus tard), avec une acceptation à l'avance de son corps (ses formes arrondies, son poids), les différents examens (prise de sang, échographie ou toucher vaginal).

Lors des dernières séances, les techniques de « futurisation » porteront sur la naissance finale et « l'advenir » de l'après accouchement notamment ce changement existentiel ; ces événements abordés avec lucidité, sans enjoliver ni minimiser les situations, tiennent compte des éventuelles difficultés qui peuvent se produire et des stratégies permettant de les surmonter.



CAS PRATIQUE

« Danseuse, j'ai choisi la sophrologie car c'était épouvantable pour moi de penser que je risquais de prendre plus de dix kilos, mon poids est stationnaire depuis l'âge de mes quatorze ans ; j'ai dit à la première séance de sophro que j'avais peur de me déformer, de devenir "obèse" ; j'ai certainement prononcé ce mot avec répulsion, en négligeant les femmes fortes qui étaient présentes, puisque vous avez repris cette expression au sein du groupe, auquel participaient deux femmes diabétiques, et vous leur avez donné la parole ; l'une d'elle a fait remarquer qu'elle eût préféré entendre "embonpoint" de ma part ; du coup l'autre a dit : "Bien en chair." Ce fut la leçon numéro 1 de sophro : activer le positif ! D'ailleurs j'adorais ce groupe de paroles où nous échangeons sur des sujets passionnants jamais banals, avec toujours un enrichissement dans ce métier de mère. Chaque jour je travaillais l'exercice du schéma corporel et d'autres activations avec cette phrase de la cassette que j'appréciais particulièrement : "Je remplis le corps que j'ai par le corps que je suis" ; en fait, en recueillant les moindres sensations de bébé, je remplissais mon esprit de cet enfant qui est finalement devenu "mon" bébé ; avec le temps j'ai fini par réussir à me visualiser d'une façon très positive au neuvième mois c'est-à-dire « grosse » de l'enfant et

pas du tout comme au début où j'avais peur d'un empatement ; mais, vous allez rire, certains jours j'aimais bien me visualiser toute mince en deux pièces au bord de la piscine, après l'accouchement avec mon bébé déjà né qui babillait dans son couffin ! »

Les sensations étranges deviennent plus familières, la femme s'approprie sa grossesse et son enfant. Grâce à la répétition des entraînements, la peur de l'inconnu s'estompe faisant place au plaisir de la découverte de sensations nouvelles enrichissantes.

Beaucoup de futurs parents s'étonnent, du fait d'une grossesse très désirée, de se retrouver tout de même dans un état de grande vulnérabilité et fragilité ; cela va de pair avec la responsabilité d'un petit être humain qui ne se gère pas comme un dossier, un planning ou une compétition sportive... La place du futur père est fondamentale pour étayer sa compagne ainsi que l'entourage notamment les futurs grands-parents qui n'ont pas toujours conscience de l'impact des premières paroles prononcées lors de l'annonce ; le couple qui fait part d'une prochaine naissance est toujours sensible aux félicitations et dans l'attente d'encouragements de la part des siens ; il apprécie et se sent « soutenu » par un entourage qui se réjouit avec lui.

Le futur père vit également des émotions fortes et lorsqu'il réclame une préparation lui aussi, les exercices sophrologiques sont reçus avec complaisance, notamment la posture assise « zen » qui contribue à faire naître une force, une énergie nouvelle pour mieux réagir et trouver d'une façon intuitive les gestes, les mots rassurants envers sa femme et son bébé.

2. — Pratiques

Première pratique : la connaissance par résonance du bébé

Les activations intrasphériques permettent l'intégration harmonieuse du schéma corporel et la connaissance par résonance du bébé.

Exercices de pratique

Le « chauffage corporel »

Debout, j'enracine bien mes pieds dans le sol en les écartant de la largeur de mes épaules.

Avec la main droite posée sur le bas de l'abdomen juste au-dessus du pubis et le dos de la main gauche placé au niveau des lombaires ou du sacrum (toboggan du bébé pour la fin de l'accouchement).

Inspiration et expiration par les narines bien dilatées avec le ventre qui gonfle et qui dégonfle. À l'expiration serrage actif, la main droite va vers l'enfant en direction du dos et à l'inspiration on relâche, passivement le ventre gonfle, la main s'éloigne de celle placée dans le dos.

Le même exercice pratiqué *rapidement* comme un soufflet pendant quelques respirations avec la tête droite puis en penchant la tête vers l'avant puis vers l'arrière.

Je prends conscience des sensations qui arrivent pendant et « en retour » de l'activation.

Tratak (exercice de convergence des yeux)

Sophronisation.

Les yeux se ferment... Je relaxe les muscles du visage...

J'entre dans mon corps et son mystère avec ce petit bébé inconnu que j'apprends à découvrir de jour en jour...

Exercice d'intégration du schéma corporel, « mains en miroir »

Chacune suit son rythme respiratoire pour intégrer ce nouveau schéma où les mains dessinent, reflètent et même peuvent toucher les formes « nouvelles » des seins, de l'abdomen et des cuisses :

- assise *ou encore* debout ;
- activation du cou et de la nuque ;
- observation de la respiration bien libre sans blocage...

« Moulinets » ou exercice de tension dans la relaxation associant un exercice respiratoire

- Bras droit tendu en avant, horizontalement, poing fermé.

- J'inspire profondément, je retiens l'air (sauf si je suis spasmophile), je fléchis l'avant-bras sur le bras, le *poing* est vers l'épaule et je décris de grands cercles avec le coude qui tourne rapidement comme un moulinet.
- À la limite respiratoire sans forcer, j'expire explosivement en projetant le bras en avant, horizontalement.
- Je garde le bras tendu, tout mon corps se relaxe sauf mon bras droit... détente du visage, de l'autre bras, des épaules, de la paroi abdominale, des fessiers, des jambes... sans bloquer ma respiration, je la laisse aller sans opposer de résistance à la sortie de l'air... peu à peu ma respiration redevient calme et libre.
- Je perçois, en la vivant pleinement, la tension de mon bras, poing fermé, au bord du sommeil quelques secondes.

C'est un exercice important : en effet, le jour de l'accouchement, ce sera identique : au lieu du bras seul l'utérus travaillera en se contractant pour ouvrir le col et j'aurai appris à garder tout mon corps bien relâché.

- Je reste concentrée, consciente du passage de l'air au niveau des narines.
- Je relâche le bras et je le récupère... j'intègre fourmillements, picotements traduisent la libre circulation du sang, la bonne oxygénation des muscles... Ma conscience s'enrichit de toutes ces sensations déclenchées par l'exercice.
- Je compare mon bras droit qui a travaillé à mon bras gauche.
Et je me prépare à faire le même exercice avec le bras gauche.
- Bras gauche tendu à l'horizontale... J'inspire, je retiens l'air, je fléchis et tourne le bras rapidement... plus vite.
- Quand je ne peux plus retenir l'air, j'expire bras gauche tendu en avant... tout le corps se relaxe... le visage... le bras droit... les épaules... respiration libre... Pendant cet exercice seul le bras droit ou gauche est tendu, tout le reste du corps complètement relâché.
- Le jour de l'accouchement, si la contraction est très intense, je modifierai mon rythme respiratoire en expirant bien à fond.
- Je répète comme si j'y étais : je vide mes poumons lentement en serrant doucement l'abdomen d'avant vers l'arrière sans aucune poussée vers le bas... puis j'inspire lentement... J'ai conscience que lorsque j'ai complètement vidé mes poumons, il me suffit de relâcher l'abdomen pour que l'air rentre passivement.
- Mes poumons sont comme deux éponges ; je peux les essorer en pressant avec le ventre et il suffit de relâcher pour qu'ils regonflent automatiquement.

Ces échanges respiratoires m'oxygènent ainsi que mon bébé pendant le travail musculaire et cela m'aide à mieux supporter ce travail exactement comme un sportif concentré qui a appris à bien s'oxygéner et à économiser ses mouvements pour ne pas gaspiller l'énergie.

- À présent je relâche mon bras en imaginant que c'est la contraction utérine qui redescend... J'apprécie la récupération du bras (environ 1 minute).
- Avec les deux bras – le même exercice – inspiration, rétention, rotation... expiration et tension des deux bras.
- J'apprends à retrouver rapidement la détente mentale... le calme intérieur... Mes deux bras sont tendus et tout le reste de mon corps est détendu... Je découvre en moi cette capacité nouvelle : vivre une tension dans le calme du corps et l'harmonie de la conscience.
- Au bord du sommeil, je vis l'harmonie malgré le travail fort de mon bras.
- Je détends... Je récupère les bras.
- Maintenant, assise confortablement, ou allongée (suivant les possibilités).
- Après la tempête, le calme... J'assiste au lever du soleil de mon propre monde intérieur... À l'écoute de mon corps.
- Je me laisse aller à ma propre récupération interne.
- C'est le temps d'intégration des sensations ; je les « écoute » avec ma conscience.
- Toutes les sensations sont les bienvenues... Je les accueille et les recueille...

Que ce soit au milieu de cette « tempête » de sensations ou au moment de « l'accalmie », j'accueille mon bébé, je lui souhaite la bienvenue ; il peut s'installer confortablement dans mon bassin... Parfois l'enfant bouge ou reste au repos...

J'apprends à explorer ce très précieux don qu'est mon corps, j'apprends à le respecter et à l'aimer surtout en ce moment où il est devenu le réceptacle de mon enfant.

- Mon esprit tend à être dans l'émerveillement de la découverte.
- Je me laisse aller dans cet état agréable de détente dans lequel baigne mon enfant... Je m'abandonne facilement en lâchant prise, tout à son écoute, oscillant entre une hypervigilance les yeux fermés ou dans une sorte d'état crépusculaire proche du sommeil.

Concentration sur un objet puis à nouveau sur l'enfant (faire des allers-retours objet-enfant permet de « s'en dégager » si l'expérience est trop forte, notamment en début de grossesse... ou après l'annonce d'un problème à l'échographie...).

À nouveau je peux aller à la rencontre de mon enfant, c'est un *moment privilégié* avec lui ou elle bien à l'abri, baignant dans le liquide amniotique qui le protège d'éventuels chocs.

Lui aussi reçoit davantage d'oxygène quand je me relaxe ou pratique les respirations amples... *C'est un beau cadeau que je lui fais*, car ses poumons ne fonctionnent pas encore, je sais que c'est moi qui respire pour lui...

- Je prends le temps d'être à l'écoute de mon enfant.

- Je peux l'imaginer fille ou garçon.
- L'être humain peut parler avec des mots, avec les yeux, avec des gestes... Je lui parle avec mon cœur.
- Ma respiration est totalement paisible, à peine perceptible.
- Mon esprit immobile, ma conscience d'une grande clarté... moment indicible.
- Il se peut que bébé vienne interrompre cette expérience par ses mouvements... c'est sa façon à lui de me répondre... Lui aussi est certainement touché par cet espace de disponibilité totale, d'ouverture à lui... C'est un rendez-vous d'amour que je peux prendre chaque jour avec mon enfant pour m'habituer à lui, à sa présence... pour nous adapter mutuellement l'un à l'autre, en quelque sorte pour nous « adopter ».
- Je reviens à ma respiration très calme, libre, fluide...

SAP avec activation du positif

- Et j'essaie de me voir, de m'imaginer dans un mois, dans une situation de ma vie quotidienne.
- Je vois mon corps, ses changements, ses formes... Et je me sens à l'aise acceptant pleinement l'arrondi de mon ventre, de mes hanches ou de mes seins... puisque je suis porteuse de vie.
- Et j'active toutes mes pensées positives car je sais que l'activation positive dynamise mon être tout entier.
- Je possède tout un potentiel de capacités, j'apprends à mobiliser ces ressources, cette énergie pour me sentir plus forte face aux événements et agir dans le sens le plus juste. Sans en avoir l'air, toutes ces phrases répétées telles des graines semées, se révèlent agir puissamment sur mon psychisme.
- Je me vois dans un mois avec toutes mes qualités et mes valeurs et d'autres aptitudes que j'aimerais acquérir pour devenir une mère bienveillante et vigilante.
- Je me sens pleine d'harmonie physique et mentale, avec plus de confiance, de sûreté en moi-même et la capacité d'espoir en l'avenir...
- Désophronisation.

Dialogue post-sophronique

La sage-femme : « Comment avez-vous vécu cet entraînement ; n'hésitez pas à exposer ce que vous avez ressenti, éventuellement vos émotions... Mais on peut tout aussi bien rester silencieuses si on n'éprouve pas le besoin de mettre des mots sur ce qu'on vient de vivre, c'est du domaine de l'intime. »

Quelques patientes parlent de l'exercice respiratoire : « ça fait balloter bébé », « ça le fait bouger », « il est bercé », « ça l'oxygène ».

Après ces constatations objectives et subjectives, il est assez facile de passer de « ça lui fait du bien » à « je lui fais du bien » pour parvenir à « je suis une mère suffisamment bonne... ».

Certaines respirent vigoureusement avec force bruit, d'autres plus doucement. Chacune choisit ce qui lui convient en fonction de sa personnalité.

- « Ces exercices de concentration m'aident énormément car avant de les faire je me sentais instable, irritable, j'étais dans la dispersion, ce début de grossesse m'avait complètement déstabilisée, j'étais en perte de repères ; là je me retrouve peu à peu et je sens que ça va aller de mieux en mieux. »
- « Moi aussi j'étais dans l'incertitude, ma prise de sang (test HT21) n'était pas bonne, je suis dans l'attente de la prochaine échographie et j'active la confiance en soi ; de toute façon quel que soit le résultat, il faudra bien que j'affronte la situation ; cette façon de faire face avec courage aux événements me convient bien, je trouve que c'est une bonne philosophie de la vie. »

ÉMERVEILLEMENT ET IMPRÉGNATIONS DE POSITIF

Après ce temps d'acceptation puis d'adaptation, les troubles et les malaises diminuent, voire disparaissent. Enfin arrive l'ère du bien-être et apparaît le temps béni de la félicité. Un bonheur florissant vient colorer le ciel de la mère ; une sorte d'état de grâce qui la met en harmonie avec le cosmos.



CAS PRATIQUE

« Après quelques petits tracassés au début, me voici plus stable en « vitesse de croisière », l'atterrissage est encore loin et ne m'inquiète pas. Je me sens sereine. Je suis même par moments dans une sorte d'extase... indéfinissable ; étant chercheur, j'ai déjà vécu un certain nombre de satisfactions professionnelles, de réussites que ce soit à des examens, des études, des publications mais jamais je n'ai connu un sentiment de tel bonheur, d'accomplissement total et même d'éblouissement de la capacité à porter la vie. »

Les exercices sophrologiques viennent renforcer cet état d'ouverture de conscience et du cœur. La future mère s'imprègne de tout ce qui peutrejaillir d'une façon bénéfique sur son enfant. Il est intéressant de noter que l'origine du mot « imprégnation », *pregnans* en latin, signifie « femme enceinte ».



GROS PLAN

Protéger sa grossesse

Dans les cultures traditionnelles, les rites étaient censés protéger la femme enceinte et son bébé d'influences maléfiques ou néfastes ; ces rituels contribuaient à diminuer son angoisse. Toutes les civilisations anciennes recommandaient aux femmes enceintes de se préserver dans la mesure de leur moyen des nuisances visuelles, auditives, physiques... considérées comme des traumatismes et les sages préconisaient de s'imprégner de beau, de calme et d'admirable.

Pourquoi s'incommoder par des prévisions de crise brutale, de réchauffement climatique, de désastre proche dont nous bombardent en permanence les *mass media* ? Ces discours anxiogènes d'effondrements économiques, d'entreprises en faillite, de licenciements par milliers, de grèves monstrueuses ou de guerres à venir agressent violemment la conscience en y laissant des traces nocives.

Pourquoi s'hypnotiser d'images de violence préjudiciables par leurs incessantes répétitions ? N'est-il pas préférable de rechercher une paix intérieure ? N'est-il pas plus judicieux et profitable pour la femme enceinte et l'enfant qu'elle porte de pratiquer l'entraînement sophrologique à 20 heures plutôt que de s'étourdir de brutalité ou de niaiseries télévisées ?

La lecture de textes élevant l'esprit et la contemplation de la beauté de la nature produit des stimulations qui renforcent la joie de vivre. L'écoute de la musique dont les composantes font vibrer le cœur de la mère, agit favorablement sur « l'esprit-corps » de l'enfant en train de se construire.

Grâce à l'entraînement sophrologique, la mémoire se fait réceptacle de positif ; ces paroles bienfaites intériorisées et en quelque sorte « incrustées », jailliront comme une source au moment où elle en a besoin.

NOURRITURE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

Lors de la deuxième séance, des informations sur un régime alimentaire équilibré sont dispensées pour que l'enfant puisse construire son corps sans carence et que la mère ait une courbe de poids satisfaisante. Également il est rappelé que le bébé se « nourrit » de paroles...



CAS PRATIQUE

Une patiente signale qu'elle a fait attention à manger des aliments riches en fer et qu'elle a associé l'entraînement sophrologique à la mobilisation d'une force et d'un courage exceptionnel. « Une image m'est apparue : je me suis vue comme Popeye entrain d'avaler ma boîte d'épinards ; grâce à cet aliment je gagnais du fer pour mon fils et pour moi qui suis un peu timide et introvertie, j'y gagnais une énergie colossale... »

« J'ai eu un flash celui d'aller mettre de l'essence dans un moteur, vous savez la publicité : "Mettez un tigre dans votre moteur !" »

Les activations intrasophroniques destinées à affiner la perception des organes des sens, aident à transformer profondément le regard porté sur la vie et à « communiquer » différemment avec la nature ou les êtres humains. Il est intéressant de combiner cet éveil de la conscience avec un exercice physique très concret pour l'accouchement, celui du périnée qui doit être suffisamment tonique pour éviter les fuites urinaires et le plus souple possible pour faciliter le passage du bébé.

3. Deuxième pratique : la préparation au jour de l'accouchement

Sophronisation en position assise

Sur une chaise ou sur un tapis, jambes croisées.

Exercices de pratique

Exercice respiratoire : visualisation et sensation du diaphragme

Le diaphragme, muscle de la respiration, a la forme d'un demi-parachute ou d'un parapluie rond, ouvert ; installé à l'intérieur du moyen et bas thorax d'avant vers l'arrière (sur les côtes et la colonne vertébrale), il sépare en deux transversalement le corps, délimitant le thorax en haut et l'abdomen en bas.

- J'expire par la bouche (au début pour mieux sentir, ensuite l'expiration se fera par les narines) comme si je soufflais à travers une paille fine, lentement sans forcer en serrant légèrement le bas de l'abdomen.
- Je pratique une pause d'1 à 3 secondes.
- J'inspire lentement en relâchant le ventre (on a l'impression que l'air rentre dans l'abdomen !) et je cherche à ouvrir la cage thoracique avec une belle

amplitude semblable à un ballon qui gonfle dans sa totalité que ce soit devant, sur les côtés comme un accordéon qui se déplie ou dans le dos. Je peux poser mes mains dans le bas de l'abdomen puis sur le thorax juste sous les seins enfin sur les côtés du thorax afin de mieux percevoir les mouvements.

- Je pratique une pause d'1 à 3 secondes.
- J'expire à nouveau...

Une série de 5 à 10 respirations volontaires, lentes, appelées « complètes » réalisées avec la quantité d'air qui vous convient le mieux, constitue un excellent entraînement pour accompagner les contractions utérines de fin de grossesse et d'accouchement.

Changement de position : parfois le travail respiratoire est mieux ressenti sur le dos ; refaire l'exercice allongée *sur le dos*, genoux fléchis, plantes de pieds au sol avec un traversin sous les genoux ou bien en utilisant une chaise : les mollets sont posés sur le siège et les fesses glissées dessous entre les pieds de la chaise ; c'est une excellente position pour se relaxer, sentir le travail du périnée (sauf si la patiente a tendance à faire des malaises couchée sur le dos, ce qui est appelé le syndrome de la veine cave ; il suffit de passer sur le côté gauche pour que tout rentre dans l'ordre).

Exercice du périnée

- Visualiser d'abord.
- Apprendre à le situer ensuite par des contractions d'amplitude variées pour devenir capable de le contracter et le relâcher efficacement.

Le périnée est le plancher du bassin dont la partie extérieure ou superficielle est posée sur le fond du slip ; il est composé de plusieurs muscles (étendus depuis le pubis jusqu'au coccyx) dont la commande s'effectue par les deux sphincters anal et urinaire. Les parties moyenne et supérieure sont plus en profondeur du petit bassin.

Sa forme en profondeur a la forme d'un hamac ou d'une carène d'un bateau.

- Je *visualise* l'exercice d'abord :
 - Fermeture par serrage du sphincter anal puis du sphincter urinaire comme pour retenir un gaz ou une envie d'uriner (image de deux anneaux se refermant).
 - Remontée des sphincters vers le haut à l'intérieur du bassin (image d'un ascenseur qui monte si possible pendant 5 secondes).
 - Relâchement en arrêtant le serrage et en laissant faire la détente (image de l'ascenseur qui descend).

- Pause d'observation du périnée détendu pendant 10 secondes avant de recommencer 5 fois.

Une autre visualisation est celle d'une fermeture éclair qui se fermerait d'arrière, du coccyx, vers l'avant le pubis, solidifiant la base périnéale qui soutient tous les organes du bassin.

- *Je pratique l'exercice du périnée :*

Une série de 5 contractions à pratiquer 3 fois dans la journée permet une bonne conscience du périnée.

Attention : les abdominaux, les fessiers et le bassin ne doivent pas se contracter ni bouger ; on peut poser ses mains (sur le ventre, les fessiers et pour le bassin : mettre une main devant sur le pubis et l'autre en arrière au niveau de l'articulation sacro-lombaire) pour vérifier la réalisation correcte de l'exercice.

Chercher la position du meilleur vécu

Après la sophronisation, cet exercice peut être refait à l'état de veille pour rechercher la sensation la plus forte : à « quatre pattes » en appui sur genoux et mains ou debout jambes écartées ou assise sur la lunette des toilettes ou allongée sur le dos avec les genoux fléchis sur l'abdomen ou à genoux assise sur les talons.

Dans un deuxième temps lorsque l'exercice est compris et acquis, synchroniser la respiration.

Expirer en contractant le périnée, le diaphragme ascensionne vers le haut et permet à une remontée du périnée beaucoup plus efficace.

À l'inspiration, laisser le périnée se relaxer...

Exercice pour affiner la perception des organes des sens

Ces exercices sont orientés dans le but de faire découvrir aux futurs parents les compétences sensorielles et les immenses capacités d'apprentissage du nouveau-né qui lui permettent de développer des échanges avec son environnement et de communiquer.

La vue

« J'imagine que mes yeux baignent dans de l'eau tiède. Mon enfant aussi baigne dans le liquide amniotique tiède... Je peux même imaginer l'instant où sa tête sortira de mon corps, même sans ouvrir les yeux, la lumière pénétrera à travers ses paupières comme elle le fait en ce moment où j'enlève mes mains... La lumière lui semblera encore plus vive s'il ouvre les yeux. Dès sa naissance, avec un bon éclairage, le nouveau-né placé à 19 cm a une vision nette en noir et blanc. »

L'audition et le toucher

« Ma voix stimule mon enfant d'une certaine façon et m'aide à réaliser ma maternité. Je peux m'adresser mentalement à mon bébé ou directement à voix haute si cela me convient comme je le ferai quand il sera né ; c'est une autre façon d'entrer en contact avec lui différente de celle du toucher avec mes mains à travers l'utérus ; j'invite mon conjoint à agir de même pour que lui aussi se sente père. »

L'odorat et le toucher

« Je sens les odeurs subtiles, délicates, agréables, désagréables... Dès les premières secondes de sa vie, je pourrais prendre mon bébé contre moi pour qu'il sente l'odeur de ma peau et proposer le portage à son père en peau à peau sur sa poitrine, en kangourou, le dos du bébé recouvert d'un lange bien chaud ; bébé sera caressé par les mains de son papa...

Lorsque je prendrai mon bébé dans les bras, il comprendra immédiatement, instinctivement mon état d'esprit : si mes mains sont calmes et présentes ou inquiètes et agitées...

Toute stimulation de la peau, quelle qu'elle soit (toucher, baiser, caresse, massage, bercement) exercent une action totalement bénéfique pour l'enfant ou l'adulte en équilibrant le système nerveux, le domaine affectif. »

Le goût

« Enfin je prends conscience de la fonction du goût... La bouche, par où passent le lait puis les aliments, est un organe d'une grande importance pour le nouveau-né. Dès que l'enfant peut saisir les objets, pour mieux les percevoir, les connaître, il les met à la bouche...

À quelques minutes de vie, mon bébé est capable de téter, exactement comme il suçait son pouce *in utero*... Si je souhaite l'allaiter, je peux le mettre au sein immédiatement après l'accouchement. La stimulation des mamelons ainsi que la succion amélioreront la dynamique utérine nécessaire au décollement du placenta.

Je reste quelques instants dans la prise de conscience de ce monde des odeurs, des sons, d'images et de stimulations multiples, tout un patrimoine d'expériences variées que va bientôt connaître mon bébé.

Je reviens à ma respiration libre, involontaire, je la suis, mon ventre gonfle et dégonfle agréablement... Je me laisse bercer par ce rythme qui berce aussi mon enfant...

Et je savoure en silence la plénitude de l'instant... »

SAP

« À présent, j'imagine mon accouchement... Si je n'ai pas perdu les eaux, je peux déambuler autour de mon lit même avec les sangles et les capteurs du monitoring (qui enregistre les contractions et le cœur de mon bébé). Si la poche des eaux est rompue je suis installée sur le lit, à la maternité dans la position où je me sens le plus à l'aise (assise, sur le côté...), ma respiration est calme ; elle oxygène bien tout mon corps et en particulier mon utérus ; il en a bien besoin car il fait un gros travail depuis plusieurs heures ; mon bébé reçoit aussi cet apport d'oxygène, c'est important pour lui. J'imagine une contraction, l'utérus durcit...

Dès sa montée je me sophronise en quelques secondes ce qui fait que je suis dans ce niveau de conscience modifié à l'acmé de la contraction et je m'aide aussi en respirant, en modifiant mon souffle, je l'adapte à l'intensité de la contraction, je le laisse devenir léger, profond, puissant et subtil avec cet effet calmant que je connais bien... la respiration volontaire lente m'aide à mieux supporter la contraction, à la recevoir et à la vivre plus facilement... La contraction se termine, je récupère... j'apprécie le temps de repos que la nature m'a donné ainsi qu'à mon bébé.

J'imagine une autre contraction.

Je répète « l'expiration active »... j'expire... Je vide mes poumons en creusant légèrement le bas-ventre comme si je voulais coller mon nombril sur ma colonne vertébrale... Quand je ne peux plus expirer, je laisse l'inspiration se faire toute seule. Le ventre gonfle à nouveau rapidement... petit temps d'arrêt... à nouveau j'expire comme si j'avais de l'air dans le ventre et que je pressais pour le faire sortir... l'inspiration se fait toute seule... petit temps d'arrêt... l'expiration est longue, lente, active, contrôlée ; l'inspiration est courte, passive, le ventre regonfle tout seul.

Mobilisation de « l'énergie vitale » du bas de l'abdomen : 3 à 5 expirations actives. Je suis détendue avec le périnée parfaitement relâché...

À chaque contraction, mon col s'ouvre, mon bébé descend dans le bassin et je me rapproche de la fin d'accouchement et du début de ma vraie vie de mère. »

Activation positive personnelle

- Maintenant, j'essaie de me voir en fin de grossesse, à l'aise dans mon corps, tout est prêt pour mon enfant et moi aussi je suis prête à accoucher ; je sais parfaitement me relaxer, respirer, placer mon corps dans différentes positions... J'active toutes mes structures positives... Je me vois avec harmonie, confiance en moi-même, plus d'espoir en l'avenir... et cette capacité à stimuler, « émulsionner » le positif et à laisser décanter le négatif, je sens que je l'intègre pour toute ma vie...
- L'activation répétée du positif enlumine de joie ma journée et provoque un effet « boule neige » sur toute ma personne. Cet apprentissage permet de ne pas me bloquer sur du négatif et ainsi d'ouvrir de nouveaux espaces pour mieux utiliser mes potentiels... »

Désynchronisation.

FERMETÉ, SOUPLESSE ET SÉRÉNITÉ

Le travail d'étirement du corps en souplesse à travers les postures de yoga (*asana*) développe l'équilibre et la maîtrise de soi. Ces postures favorables à l'entretien corporel rejoignent l'éducation recommandée aux parents pour leurs enfants, à savoir : fermeté, souplesse et sérénité. Que ce soit pour le corps ou l'esprit, ces trois principes ont fait leurs preuves au cours des siècles.

Le yoga propose la recherche de calme au sein du mouvement. Très vite la patiente comprend que la posture est assimilée à la contraction d'accouchement et elle devient capable d'anticiper lucidement et objectivement l'événement.

Le jour de l'accouchement cette attitude d'acceptation tranquille de la contraction, déjà acquise grâce à l'entraînement, associée à l'accompagnement du souffle et de l'enfant, se met en place dès le début du travail utérin. Voici comment la sage-femme explique la contraction utérine :

Exercices de pratique

« Une contraction utérine ressemble à une contraction par exemple du biceps.

Vous tendez le bras droit à l'horizontale, poing fermé et doucement en serrant le bras, vous fléchissez l'avant-bras sur le bras comme pour montrer à quelqu'un votre biceps bien gonflé ; effectivement il est plus bombé, il pointe en haut et lorsque vous touchez avec les doigts de la main gauche il est tout dur ; vos doigts ne peuvent plus "rentre" dedans ; pourtant vous n'avez pas mal. Il s'agit bel et bien d'une contraction volontaire mais indolore.

En ce qui concerne votre utérus, il se contracte involontairement surtout dans le dernier trimestre presque toujours d'une façon indolore. Vous sentez votre ventre tout dur et il a une forme différente comme pointé vers l'avant. Vous ressentez comme une crampe ou des règles désagréables dans le bas du dos ou de l'abdomen. Si vous appuyez dessus avec les doigts, vous ne pouvez plus sentir sa souplesse.

Moins d'une dizaine par jour et indolores font partie de la grossesse normale ; l'utérus est un muscle comportant deux propriétés, l'élasticité et la contractilité ; l'utérus étant plus ou moins élastique, sa capacité à s'allonger en même temps que le grossissement de bébé s'accompagne parfois de contractions.

La sage-femme ou le médecin en consultation a l'habitude de vous demander si vous avez des contractions ; si vous en avez plus de dix par jour désagréables, parfois un peu douloureuses, signalez-le ; dès qu'elles sont nombreuses et intenses, elles risquent d'ouvrir le col de l'utérus de la même façon qu'à l'accouchement.

La plupart du temps en vous mettant au vrai repos, étendue sur un lit, les contractions disparaissent. »

En ce qui concerne la pratique, les postures sont exécutées très lentement dans un état de concentration intérieure en harmonisant la respiration.

Cette séance, qu'on pourrait appeler « gymnastique consciente et ralentie », réalise une véritable expérience spirituelle dans laquelle la femme établit une dynamique relationnelle d'écoute, d'accueil et de communication avec son enfant.

4. — Troisième pratique : postures souples et respiration

Exercices de pratique

Sophronisation

Debout.

Pieds écartés de la largeur des épaules, joignez les mains devant la poitrine.

Concentration quelques instants en observant la respiration libre.

Étirement avec travail respiratoire

- Inspirer en élevant les bras au-dessus de la tête, tirez bien sur les bras en soulevant la poitrine... conscience du corps.
- Expirer en descendant les mains devant soi ; refaire l'exercice encore deux fois.

Étirement latéral

Et pour ce deuxième exercice, croisez les doigts sous l'abdomen, inspirez, levez les mains au-dessus de la tête ; courbez le corps vers la droite en étirant le côté droit puis à gauche en étirant le côté gauche si possible en gardant le bassin immobile... intégration des sensations...

Expirer en relâchant les bras et les mains.

À présent pour apprendre à bien se pencher :

- Tirer les fesses en arrière, le plus loin possible, doucement, dos droit, plier les genoux dès que la tension est trop forte.
- Seules les jambes travaillent.
- Relâcher tout le dos en avant, laisser tomber la tête, relâcher la nuque, rester quelques secondes en respiration libre.
- Pour remonter :
 - plier les genoux ;
 - pousser les genoux et les fesses en avant : le bassin bascule tout seul ; laisser le dos remonter, la tête en dernier.
- Respiration complète 3 fois.

Posture du chat

- À quatre pattes, appuyée sur les genoux et les mains, les genoux écartés de la largeur des épaules.
- Commencer par étirer le dos en posant les fesses sur les talons, bébé entre les cuisses et allonger les bras le long des oreilles, les mains et doigts tendus le plus loin possible en avant. Ceci afin d'éloigner les épaules du bassin.
- Revenir en avant mais pas trop, garder le poids du corps en arrière davantage sur les jambes de façon à soulager les poignets.
- Dérouler la colonne vertèbre après vertèbre, comme les maillons d'une chaîne de vélo entre deux roues. Pour tendre la chaîne, il faut garder une partie fixe.
- Garder les omoplates bien serrées l'une vers l'autre (comme lors du 1er exercice), la tête levée, ceci constituera la partie fixe.
- Tourner le bassin qui bascule en s'arrondissant comme pour ramener le périnée vers le visage.

- Pousser le milieu du dos rond vers le plafond.
- Arrondir les épaules en les tirant vers l'avant avec toujours l'éloignement de celles-ci par rapport au bassin.
- Les doigts en griffes repoussent le sol et la tête poursuit l'arrondissement général.
- Expirer lentement en ramenant bébé vers le dos rond.
- Inspirer en creusant le bas du dos, bébé redescend vers le bas puis serrage des omoplates et lever la tête.
- Le mouvement part toujours du bassin. À pratiquer 3 à 5 fois.

Exercice de demi-pont

Allongée sur le dos.

Les bras ouverts en obliques, paumes des mains vers le sol, les genoux fléchis, les plantes de pieds sur le sol pas trop éloignés des fessiers, les jambes ouvertes de la largeur du bassin.

- Inspirez.
- En expirant, vous plaquez les vertèbres lombaires sur le sol.
- À l'inspiration suivante vous décollez le bassin du sol en poussant sur vos pieds.
- Ne montez pas trop haut et cherchez à éloigner le bassin des épaules.
- Redescendez doucement le haut du dos en premier et le bas du dos ensuite en déroulant vertèbre après vertèbre puis vous relâchez quelques instants en appréciant la pause comme vous pourriez la goûter entre deux contractions d'accouchement.
- À pratiquer 3 à 5 fois.

Ce demi-pont vous permettra d'être très à l'aise à chaque fois que l'infirmière vous présentera le bassin qui est glissé dans le bas du dos pour uriner si vous n'avez plus l'autorisation de vous lever (dans les cas suivants : perte des eaux, pose de la perfusion, péridurale...) ou lors de certains soins ou gestes médicaux tels que : rasage de la vulve, rupture artificielle des membranes, sondage vésical...

Variante en demi-chandelle.

Vous pouvez vous aider d'une chaise placée contre un mur.

- Placez vos jambes sur le siège, les fesses au ras de la chaise.
- Commencez à monter en demi-pont comme précédemment.
- Petit à petit ramenez les pieds vers le bord du siège.

Cet exercice est excellent pour le dos ; il procure une sorte de massage, il fait remonter l'enfant vers le haut si vous le sentez bas et active la circulation dans le petit bassin (problème d'œdème vulvaire, d'hémorroïdes...).

SAP

« Imaginez que vous êtes allongée, dans cette même position sur une plage de sable fin. À quelques mètres de vous il y a la mer avec ses vagues que vous regardez... Les vagues sont petites et irrégulières un peu comme les contractions utérines de la grossesse ou celles du tout début d'accouchement... Le jour de l'accouchement, elles seront rythmées beaucoup plus amples, fortes... Imaginez ces vagues plus hautes et à chaque arrivée d'une vague contraction vous relâchez encore plus votre corps qui s'enfonce dans le sable...

Détendez-vous au maximum pour que la contraction soit efficace et qu'elle puisse ouvrir facilement le col de l'utérus... Dès que la vague contraction est partie vous récupérez et vous appréciez le temps de pause en pensant à votre enfant. Essayez à nouveau de vous voir dans une attitude positive lors de ce travail d'accouchement... Êtes-vous assise, debout, en train de vous appuyer sur une commode ? À chaque contraction votre souffle va s'amplifier... Vous vous voyez en train de respirer bien en ralenti si possible mais peut-être votre corps réclamera un souffle plus rapide et puissant, suivant votre tempérament ou la force utérine qui émergera... Vous savez vous adapter à ce volcan qui gronde dans votre corps et qui vous rapproche de l'enfant... Vous êtes calme dans la tempête, vous n'avez pas peur... Vous savez que ces contractions sont nécessaires à l'ouverture du col... Elles vont masser votre bébé d'une façon bénéfique... Avec tous les exercices que vous avez pratiqués, votre cerveau tient les rênes et vous ne vous emballez pas... La contraction reste localisée en bas au niveau de l'utérus, elle n'envahit pas tout votre corps... Juste localisée en bas, supportable si vous choisissez bien votre position, votre respiration et s'il est présent les encouragements et massages de votre conjoint... Observez votre mental calme, votre esprit positif et tranquille... Il s'agit d'aider un enfant à naître et vous êtes consciente de votre responsabilité... Surtout vous savez que si pour une raison ou une autre vous sentiez vos limites atteintes, vous avez en réserve un joker ou une « roue de secours », celle de la péridurale... Le jour J vous visualiserez votre col comme un anneau qui s'ouvre millimètre par millimètre à chaque contraction... »

APPRÉHENDER LA SÉPARATION, SE PRÉPARER À LA RENCONTRE

Tôt ou tard, le bébé devient enfant puis adolescent ; devenu jeune adulte il devra lui aussi fonder sa propre famille. Mais bien avant cette période les parents devront apprendre à le « lâcher » au propre et au figuré.

La première étape est celle de l'expulsion. Elle doit être préparée et travaillée en séance.

L'exercice sophrologique avec les doigts en « griffe » a été plusieurs fois exécuté par les patientes avec une vivance particulière celle de la prise d'un « objet » qu'on approche de la poitrine, puis qu'on dépose sur l'abdomen pour le « libérer » ensuite en ouvrant les bras tout en décrivant des cercles avec les mains pour dessiner son propre espace vital ; vu sous cet angle, cette activation prend tout son intérêt dans une préparation à la parentalité.

La mère est amenée à parler des séparations futures, tout en réalisant qu'elle n'est pas la seule à les vivre ; le bébé lui aussi va vivre bientôt ces séparations ; il a besoin de parents responsables, matures et équilibrés convaincus que l'être humain ne peut grandir et s'individualiser qu'en se séparant ; l'enfant gagne à découvrir d'autres personnes, il se socialise. Séparations de l'utérus, séparation du sein, des parents pour la nourrice ou mise en crèche...

En ce qui concerne la rencontre avec le nouveau-né, les parents doivent se préparer à découvrir un bébé totalement différent de ce qu'ils avaient imaginé. La description du bébé de quelques minutes, bleu, blanc ou rouge comme le drapeau français, doit être conforme à la réalité. Le nouveau-né attend tout de ses parents qui sont irremplaçables, puisqu'il est totalement dépendant. Sans se préoccuper de son aspect physique, les parents se préparent à l'accueillir avec leur cœur. En essayant de se mettre à la place du bébé : « Qu'est-ce que le nouveau-né aimerait que ses parents lui disent ou lui fasse pour lui souhaiter la bienvenue ? », les parents réfléchissent à adoucir sa venue sur terre...

POSTURE « ZEN » POUR SE PRÉPARER

En 1976, le docteur Rubio, bras droit du docteur Caycedo pendant de nombreuses années, a été le premier à avoir l'intuition de la valeur de cette posture pour l'accouchement. En effet il a démontré, par des tracés electro-encéphalographiques (EEG), dans sa thèse, doctorat d'État en médecine (1974), portant sur « L'EEG et la conscience humaine », que la posture (dérivée de zazen) du 3^e degré de la relaxation dynamique était idéale pour ne jamais s'habituer aux contractions (importante, donc, pour la préparation à l'accouchement).



GROS PLAN

Cette attitude « alerte et calme » dans laquelle la patiente garde une extrême vigilance pour « bien réagir » à chaque contraction intense

d'accouchement est semblable à celle d'un samouraï ou à la « puissance tranquille » du moine zen.

Cette posture d'unité entre le corps et l'esprit, posture de concentration, est une excellente préparation pour devenir parents puisqu'elle combine la concentration, la respiration et qu'elle développe l'intuition et la créativité. L'intuition et la créativité sont deux capacités intéressantes lorsqu'il s'agit de trouver les bons gestes pour se soulager et plus tard ceux qui vont permettre à l'enfant de se sentir sécurisé par un portage ferme et attentif.

Appelée « colonne vertébrale de la préparation sophrologique à la maternité » par le docteur Rubio cette posture constitue un véritable entraînement de l'esprit qui change le vécu des émotions des futurs parents ; ils s'adaptent mieux aux problèmes inhérents à la vie quotidienne et ils abordent les difficultés avec une force intérieure propice à les surmonter.

Lorsqu'une patiente a pratiqué régulièrement cette « assise tonique » lors des deux derniers mois de la grossesse, elle aborde l'accouchement avec un esprit serein. D'emblée elle est capable d'affronter des contractions d'une grande intensité, en gardant bien son cap, la pensée concentrée sur le souffle. Ce souffle, tel un murmure du cœur, accompagne l'enfant qui bénéficie ainsi d'un réconfort dans ce tumulte utérin.

Trouvant l'attitude la plus juste, quel que soit le mode d'accouchement (déclenchement, césarienne, forceps...), elle vit d'une façon « acceptable » le franchissement de cette étape ou épreuve, tout en restant « unifiée », favorisant l'installation immédiate de liens avec son nouveau-né.

5. Quatrième pratique : approche de la première année du bébé

Exercices de pratique

Posture du 3^e degré

Pour cet entraînement qui dure entre 30 à 45 minutes, tel que l'a défini le docteur Rubio vous allez pratiquer des va-et-vient entre les différentes phases d'accouchement et les périodes clés de la vie de votre bébé déjà né ; vous vous promènerez tout au long des étapes de sa première année.

- D'abord vous visualisez la posture et ensuite vous la pratiquez.
- Asseyez-vous au bord d'une chaise, le dos droit, redressé vers le haut ; pratiquez quelques bascules du bassin en roulant sur les os ischions placés sous vos fessiers (comme deux balles de tennis) puis vous installez un léger creux lombaire. Doucement vous poussez le ciel avec la tête sans remonter le menton, la tête droite comme si vous portiez une cruche dessus ; ce pot ne doit pas tomber ! Ainsi avec ce dos bien redressé vous avez plus de vigueur, plus de clarté d'esprit.
- Vos yeux s'entrouvrent légèrement, votre regard posé sur le sol à un mètre devant vous... les mains placées dans le bas de l'abdomen, entre le nombril et le pubis.
- Cette posture du 3^e degré inspirée du zen japonais comporte une expiration active que vous pourrez employer pendant le travail de l'accouchement.
- Dès les premières contractions utérines vous utiliserez la distraction pour détourner votre attention de l'horloge. Cette première phase de travail utérin peut durer parfois quelques heures et même s'arrêter, c'est appelé un « faux travail » mais il est utile car il prépare l'enfant, votre col en le ramollissant et psychologiquement vous-même et votre conjoint. Réfléchissez à d'éventuelles distractions : prendre une douche, marcher, écouter de la musique, surfer sur internet... Ainsi quelques heures vont s'écouler jusqu'à ce que l'intensité et la fréquence soient telles que vous ne pouvez plus vous « distraire ». Il est temps pour vous d'utiliser la sophronisation dans la position où vous êtes le mieux : assise, allongée sur le côté... Enfin vous sentirez que vous aurez besoin de la respiration, ça viendra tout seul, la respiration s'imposera à vous comme cela se produit lors d'une grande escalade dans la montagne.
- Si vous avez des difficultés dans la posture, vous pouvez tranquillement fermer les yeux, vous appuyer sur le dossier de la chaise (en 2^e degré) et reprendre le 3^e degré aussitôt que vous sentez que c'est possible.

- Cette posture constitue le meilleur entraînement à l'accouchement car il développe concentration et respiration.
- Je peux imaginer, par exemple, la première année de mon fils ou de ma fille, me voir avec lui ou avec elle... À la fin de la première année, l'enfant commence à marcher... se déplace à toute vitesse à quatre pattes... Je peux déjà me représenter ces scènes... ou bien son premier anniversaire avec le gâteau, la bougie.
- Maintenant je reviens au jour où je devrai partir à la maternité... Qui a prévu de me conduire (mon conjoint, mon ami...) ? C'est peut-être le jour ou la nuit... Je regarde le ciel... Y a-t-il pleine lune... des étoiles ? Je regarde bien tout cela pour le dire plus tard à mon fils ou à ma fille... Je suis calme... contente que ce jour soit arrivé... etc.

Sur le plan physique, les *allées et venues* de 2^e en 3^e degré préparent la mère à la fréquence, à l'alternance des contractions et des repos utérin ; ce travail corporel s'inscrit parallèlement à un travail psychique par les *allers et retours* sur les différentes phases de l'accouchement et les représentations avec son bébé déjà né à l'âge d'un an, six mois, trois mois, un mois et 15 jours...



Cas pratique

Une patiente témoigne : « Pendant la grossesse, cette façon “kaléidoscopique” de hachurer le processus de la maternité (pendant et après l'accouchement), technique d'entrelacement des événements qui peuvent nous angoisser tel ce passage obligatoire du jour J avec l'instant d'après plus serein, où le bébé déjà né se trouve dans nos bras en pleine forme, puis à nouveau une partie de l'accouchement, me semble intelligemment faite et si judicieuse. En évitant de focaliser uniquement sur l'accouchement, j'ai réellement avancé paisiblement dans un processus temporel autre sans perdre l'immédiateté de l'instant présent. »

Différentes préparations au déclenchement, à la césarienne peuvent être proposées.

Exercices de pratique

Application dans les grossesses pathologiques

Par exemple lors d'une menace d'accouchement prématuré (MAP), lorsque la patiente a l'obligation de garder le lit, la sophronisation de base se pratique trois fois par jour, en déclive avec un oreiller placé sous les articulations sacro-iliaques (et non pas au niveau du creux lombaire) afin de favoriser de façon mécanique la remontée du bébé vers le diaphragme ; *l'acceptation du repos* « imposé » mais nécessaire à la maturation du fœtus (pour qu'il obtienne un terme de croissance

et de viabilité sans risque vital) est pratiquée avec des *messages d'accueil du bébé et d'encouragements à rester bien au chaud dans le petit nid utérin...*

La diminution du stress, qu'il ait été antérieur à l'hospitalisation ou renforcé par elle, est visible dès les premières minutes où l'on franchit le seuil de la chambre d'une patiente qui bénéficie de la sophrologie. Sa position et son attitude mentale sont nettement différentes. On utilise *la visualisation du col qui se retonifie et se referme*.

Lors de MAP très précoces (24 à 30 semaines d'aménorrhée), certaines patientes utilisent des *visualisations de ligatures du col avec de la laine, une cordelette ou un ruban, d'autres le « bétonne » à l'intérieur...* Chacune a la liberté de choisir l'image qui lui correspond en sachant que le chemin inverse (ablation de la ligature, « débétonnage » sera pratiqué dès 37 sa). Cette possibilité de prendre une part active dans une hospitalisation où bien souvent elle doit se soumettre à la toute-puissance médicale, est accueillie avec enthousiasme par la patiente.

6. Conclusion

Grâce à cet entraînement, les futurs parents peuvent vivre la grossesse et la naissance de leur enfant comme un acte privilégié et enrichissant y compris en cas de pathologie ou de techniques médicales. La future mère garde une autonomie en participant activement, que ce soit avec une posture antalgique, une respiration adaptée et une attitude d'esprit basée sur la confiance. Ainsi le nouveau-né est accueilli par des parents qui, maîtrisant mieux leurs émotions, sont capables de le réconforter, comme ils l'ont appris, par des gestes apaisants.

7. Bibliographie

- BERGERET AMSELEK C. (1998). *Le Mystère des mères*, Paris, Desclée de Brouwer.
- BERGERET AMSELEK C. (2001). *Naître et grandir autrement*, Paris, Desclée de Brouwer.
- DUSSAULT J. (1986). *Respirations et Positions d'accouchement*, Montréal, Éditions de l'Homme.
- GASQUET (De) B. (2004). *Bien-être et maternité*, Paris, Implexe.
- LEBOYER F. (1984). *L'Art du souffle*, Paris, Albin Michel.
- RAOUL E. (1990). *Manuel pratique de préparation sophrologique à la maternité*, 3^e éd., Paris, Maloine, traduit en japonais.

- RAOUL E. (1996). *Neuf mois pour préparer sa naissance*, Paris, Hachette, « Parents ».
- RAOUL E., Gaia M.D. (2004). *Le Temps de naître*, Paris, Desclée de Brower.
- SATYANANDA S. (1980). *Yoga Nidra*, Paris, Satyanandashram.
- SHRI MAHESH (1996). *Yoga et symbolisme*, Monaco, Rocher.
- SHRI MAHESH (1998). *Le Souffle parole de vie*, Monaco, Rocher.
- SHRI MAHESH, RAOUL E. (1999). *Naître en yoga*, 2^e éd., Monaco, Rocher.

Chapitre 24

Sophrologie et maladies graves

ALESSANDRA BALSAMO

> Pourquoi ce chapitre ?

Pour comprendre comment la sophrologie peut contribuer à l'amélioration du vécu des malades, nous allons dans la première partie du présent chapitre, définir la qualité de vie et aborder les aspects de la qualité de vie qui sont susceptibles d'être modifiés par la sophrologie.

Dans une deuxième partie, nous aborderons la définition de l'observance thérapeutique et les techniques de la sophrologie qui peuvent apporter des éléments positifs et influencer favorablement l'observance thérapeutique.

Enfin, la dernière partie de ce chapitre sera dédiée à la présentation d'une étude réalisée par le docteur Claudia Garin et moi-même, qui illustre les apports de la sophrologie à l'observance thérapeutique et à la qualité de vie.

Sommaire

1. Qualité de vie et observance thérapeutique : définitions..... 544
2. La sophrologie au service du traitement des maladies graves..... 549
3. Le rôle des croyances et des valeurs dans l'observance thérapeutique..... 556
4. Une étude réalisée chez des personnes séropositives..... 559
5. Bibliographie..... 567

Qu'il s'agisse¹ de soins palliatifs, de maladies chroniques ou de maladies tout court, on peut remarquer deux notions qui ressortent assez souvent dans la littérature de la santé d'aujourd'hui. Il s'agit des notions de qualité de vie et d'observance thérapeutique. Ces deux notions prennent une importance majeure lorsqu'il s'agit d'une maladie plus longue dans la durée ou lorsqu'il s'agit d'une maladie grave, d'où l'intérêt de contribuer à leur amélioration. Ces deux concepts sont devenus un sujet d'étude et d'intérêt pour la communauté scientifique. En effet, nombreux sont les efforts fournis par des chercheurs pour démontrer l'efficacité de leurs interventions sur la réduction des facteurs interférant sur ces deux variables.

Parmi les différentes techniques d'interventions qui ont été testées par les chercheurs, certaines sont proches de la sophrologie. Elles sont basées sur la gestion du stress et sur des techniques de relaxation, telles que le training autogène du docteur Schultz, la relaxation musculaire progressive de Jacobson, la méditation, l'utilisation de l'imagerie mentale et le massage thérapeutique. Aujourd'hui, le nombre de recherches entamées en vue d'expliquer les mécanismes d'action pour valider les applications de ces techniques est en forte croissance.

Depuis la création de la sophrologie en 1960, elle a fait preuve d'efficacité en tant que méthode de relaxation adaptée aux besoins de l'homme contemporain. Ses effets bienfaisants ont été vérifiés au niveau prophylactique comme dans l'accompagnement des personnes atteintes des maladies. La méthode a été utilisée dans de nombreux hôpitaux pour la prise en charge de la douleur, la préparation aux interventions chirurgicales, la préparation aux explorations invasives, etc. ; de même que dans des cabinets privés pour la gestion du stress, des phobies et de l'anxiété, pour ne citer que quelques exemples.

1. Qualité de vie et observance thérapeutique : définitions

Même si la notion de qualité de vie est utilisée couramment, elle recouvre une certaine complexité, à cause des interactions des variables internes et externes qui la déterminent.

.....

1. Le présent chapitre constitue une réécriture de différents points abordés dans « Les effets de la sophrologie sur l'observance thérapeutique et la qualité de vie chez des personnes vivant avec le HIV », mémoire de spécialisation en sophrologie de la santé présenté et soutenu par A. Balsamo et C. Garin à l'Institut européen de sophrologie du travail CEPL (Luxembourg, 2007).

Définition de la qualité de vie

L'OMS (1993) considère la qualité de vie comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Dans ce concept, sont intégrés la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les croyances personnelles, les relations sociales et la relation avec l'environnement.

Dans les maladies évolutives, la perception de la qualité de vie (physique, émotionnelle, sociale et familiale) est influencée par le degré d'incertitude lié à la maladie. Le motif de l'incertitude varie pour chaque personne. L'incertitude est un problème important surtout pour la personne atteinte d'une maladie au pronostic incertain. Des recherches ont été réalisées dans le cadre de maladies graves comme le cancer,

ZOOM. Santé et qualité de vie

La santé est considérée comme un état complet de bien-être physique, psychologique et social et non pas comme l'absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1948). La notion de qualité de vie a pour objectif la possibilité de mieux prendre en considération la perception du patient de son propre état de santé.

La qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel. Nous allons énumérer plus en détail ses différentes composantes :

- **La santé physique** : comprend les activités liées à la vie quotidienne, la dépendance à un traitement et à un suivi médical, le manque d'énergie, la capacité d'exercer un travail ou une activité régulière.
- **L'état psychologique** : intégré par l'estime de soi, l'image de son corps, le niveau d'indépendance ou de liberté, la perception de maîtrise ou contrôle, les sentiments, les émotions positives et négatives, les croyances personnelles, les pensées, la capacité d'attention, de concentration et de mémoire.
- **Les relations sociales** : comprennent le soutien social (couple, famille, amis, collègues, autres) et les relations interpersonnelles.

- **L'environnement** : inclut l'accès aux soins, les ressources matérielles, l'accès à l'information, etc.

La qualité de vie appliquée à la santé tient spécifiquement compte des dimensions qui peuvent être modifiées par la maladie ou son traitement. En effet, la qualité de vie concerne aussi *l'ajustement à la maladie*, c'est-à-dire la capacité de la personne d'intégrer les soins, les traitements et l'ensemble des comportements liés à la situation de santé dans sa routine quotidienne.

D'un point de vue psychologique, l'intérêt de ce concept est qu'il permet l'exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociales et familiales.

Pour certains auteurs, améliorer la qualité de vie d'un patient consiste à réduire les répercussions fonctionnelles négatives de sa maladie et de ses traitements – telles qu'il les perçoit sur l'activité physique, l'état psychologique et les relations sociales (Schipper *et al*, 1984).

la maladie de Hodgkin, les maladies cardiaques, dans le but d'identifier les motifs sur lesquels porte l'incertitude. Il s'est avéré que ces motifs varient selon le stade de la maladie et portent sur l'espérance de vie, l'efficacité des traitements, leurs effets indésirables, l'évolution des symptômes pénibles, la perception de la gravité de la maladie, etc.

Les chercheurs ont constaté que la réduction du degré d'incertitude par rapport à la maladie a une incidence positive sur la qualité de vie.

La complexité de l'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique est un phénomène qui revêt une importance notable dans la littérature médicale d'actualité. Elle est considérée comme une des problématiques assez fréquemment rencontrées, notamment dans les maladies graves, chroniques et évolutives.



DÉFINITION

Le terme d'observance thérapeutique décrit la capacité d'une personne à prendre son traitement selon une prescription donnée (Tourette-Turgis et Rebillon, 2002). D'autres auteurs préfèrent utiliser la notion de *compliance* pour désigner l'ensemble des comportements qui englobent la prise de médicaments, le suivi de régimes alimentaires et les comportements qui interviennent dans le style de vie et qui influencent la santé (Tarquinio *et al.*, 2002).

Dans la prise en charge de la personne atteinte de maladie chronique s'impose le fait de tenir compte de l'interdépendance des facteurs bio-psycho-sociaux qui sont en jeu. La personne a une famille, une histoire, elle appartient à une culture. La maladie influence chacune de ces sphères qui s'influencent mutuellement.

La maladie peut faire basculer l'équilibre de la personne, peut briser ses projets, la confronter au sentiment d'incertitude (concernant la possible perte d'autonomie, les possibles effets indésirables de son traitement, la douleur, etc.) et à certains deuils qu'elle doit travailler tels que celui de sa santé, de certains rôles qu'elle jouait dans la société et peut-être d'autres encore.

Certains chercheurs estiment que plus du 80 % des patients souffrant des maladies chroniques ne suivent pas suffisamment leur traitement pour atteindre un bénéfice thérapeutique optimum (Dunbar, 1990).

Note : On constate même que dans certaines maladies, spécialement quand le pronostic est incertain, le niveau d'observance thérapeutique du patient décroît avec le temps (Chesney, 1999).

Le phénomène est complexe car l'observance thérapeutique fluctue. Elle se modifie selon les expériences positives et négatives qui se succèdent dans la vie de la personne. C'est pourquoi elle n'est jamais définitivement acquise (Blackwell, 1973). De ce fait, tout au long des dernières années, plusieurs disciplines ont mené des recherches (la médecine, la psychologie de la santé, le counseling, etc.) pour mieux comprendre les raisons pour lesquelles les personnes malades ne suivent pas leur traitement convenablement.

L'observance thérapeutique est influencée par des facteurs cognitifs, émotionnels, comportementaux et sociaux. Ces facteurs peuvent interagir les uns sur les autres de façon positive ou négative.

FACTEURS QUI AMÉLIORENT L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

Les différentes études ont démontré que l'observance thérapeutique se voit influencée favorablement par différents facteurs :

- **La relation de confiance patient-médecin**, qui permet de diminuer le stress des patients et l'incertitude causée par la maladie (Gauchet, 2005).
- **Le soutien social** (le couple, la famille, les amis), la qualité du soutien social apporte à la personne un sentiment de sécurité : les patients qui peuvent compter sur sa famille ont tendance à avoir une meilleure observance thérapeutique (Paterson *et al.*, 2000) Cependant le soutien social comporte deux aspects : les caractéristiques objectives du soutien et la perception subjective du soutien, c'est-à-dire, le soutien social tel qu'il est perçu par la personne malade.
- **La participation à des programmes de soutien** a un impact très positif sur le patient. Ces programmes apportent au malade un sentiment de contrôle sur sa propre vie, lui permettent de croire qu'il peut agir sur ce qui arrive. En général, ce facteur est associé à une meilleure observance thérapeutique (Flaskerud, Raggsdale, 1995). Les programmes d'accompagnement sont aujourd'hui reconnus comme de grande utilité, spécialement dans des problématiques telles que l'infection au HIV. La plupart de ces programmes donnent une importance centrale à l'écoute du patient, utilisant une méthodologie centrée sur la personne, et s'appuyant sur la croyance dans le potentiel d'apprentissage et d'acquisition des compétences. Des résultats très positifs ont été obtenus par les psychologues Tourette-Turgis et Rebillon qui ont mis en place un dispositif de soutien à partir du travail systématique réalisé sur les cofacteurs influençant l'observance

thérapeutique, et qui permet entre autre d'*anticiper les obstacles* pouvant survenir dans la vie quotidienne et l'empêcher de prendre son traitement.

FACTEURS QUI ENTRAVENT L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

Il existe un autre groupe de facteurs qui influencent l'observance thérapeutique différemment, ils sont plutôt associés à une faible observance thérapeutique. Il s'agit des facteurs liés au traitement, aux effets secondaires indésirables, à la maladie elle-même et au patient (Tourette-Turgis et Rebillon, 2002).

Nous allons maintenant regarder plus en détail certains de ces facteurs. Prenons par exemple les facteurs liés à l'observance thérapeutique dans les traitements aux anti-rétroviraux, vu que ce sont des traitements complexes impliquant beaucoup d'efforts et de contraintes.

- **Facteurs liés au traitement.** Les principaux inconvénients sont le nombre de prises par jour, la quantité de comprimés, les restrictions alimentaires requises par certains médicaments et la durée du traitement. Dans une étude internationale, l'oubli a été identifié comme étant une des principales causes de non-observance thérapeutique (Gir *et al.*, 1998).
- **Facteurs liés aux effets secondaires.** Les effets indésirables plus fréquents des multithérapies sont entre autres les nausées, les vomissements, les diarrhées, la fatigue, la lipodystrophie, les maux de tête, la perte de poids, les problèmes de mémoire et les douleurs musculaires ou articulaires. L'impact des effets secondaires se manifeste de deux façons : d'une part l'effet secondaire lui-même, qui est lié à la toxicité des molécules et, d'autre part, la perception de la personne, c'est-à-dire son vécu subjectif, par rapport à cet effet secondaire (Duran *et al.*, 2001). Plus il y a d'effets secondaires, plus grand est l'impact négatif sur l'observance thérapeutique.
- **Facteurs liés au patient.** Ils comprennent entre autres l'attitude face au traitement, les connaissances, les attentes et croyances sur l'efficacité du traitement, les croyances sur les propres capacités et les stratégies d'ajustement, le contrôle perçu du patient. La non-observance thérapeutique augmente en présence de la dépression, du stress, de l'anxiété et des perturbations émotionnelles (Chesney, 1997). Les situations de non-observance traduisent le plus souvent un climat de profonde insécurité, où se mêlent l'angoisse, la révolte, le déni et la culpabilité (Tarquinio *et al.*, 2002).

2. La sophrologie au service du traitement des maladies graves

Qualité de vie et sophrologie

La sophrologie peut offrir sa contribution à l'amélioration de la qualité de vie. Prenons par exemple le cas d'une personne qui vit avec une maladie chronique, imaginons qu'elle se focalise sur certains de ses symptômes, tels que la douleur et la fatigue chronique. Cette attitude a une influence considérable sur sa vie personnelle, sa vie sociale et bien sûr, sur la manière de vivre sa maladie. Imaginons maintenant que cette personne commence à faire des séances de sophrologie. Dans un premier temps, elle va commencer par souffler, c'est-à-dire, s'accorder des moments pour respirer, pour rentrer en contact avec elle-même d'une façon différente. Elle va prendre conscience des sensations positives qui viennent de son corps, apprendre à les accueillir favorablement et ce faisant, elle va se recentrer de plus en plus sur elle-même, ce qui lui permettra de développer une plus grande sensorialité dans la perception de son corps. Au fur et à mesure qu'elle progresse dans son entraînement, elle va apprendre à focaliser son attention sur les parties de son corps qui vont bien, ce qui contribue à un changement de perception. Grâce à la détente musculaire et à l'entraînement, à une respiration abdominale, elle va pouvoir agir aussi sur sa douleur. Les choses n'ont peut-être pas changé mais la manière de les vivre s'est modifiée : elle peut récupérer son énergie et se sentir moins fatiguée.

Fiche

Action de la sophrologie dans la qualité de vie des malades

L'action de la sophrologie peut se manifester à différents niveaux.

Sphère d'action

Premièrement, la sophrologie peut aider la personne à :

- *gérer les troubles eux-mêmes*, certains d'entre eux étant des symptômes pénibles liés à la maladie (douleurs, insomnies, anxiété, peurs, désespoir, stress, sensation de fatigue, perte d'énergie, etc.) ;
- *gérer les effets indésirables* liés aux traitements médicaux (nausées, douleurs, troubles de mémoire, sentiment de nervosité, etc.).

Les techniques

Les *techniques de sophrologie* peuvent s'avérer utiles à ce niveau ; citons en quelques-unes.

La respiration abdominale

La focalisation sur la respiration abdominale permet à la personne de placer sa conscience dans un état entre la veille et le sommeil procurant une grande relaxation physique et mentale. L'entraînement à la respiration abdominale entraîne une profonde sensation de bien-être, cette respiration masse les organes. Le rythme cardiaque se calme grâce au prolongement de l'expiration, les symptômes associés à l'anxiété et au stress se réduisent.

La sophronisation de base (SDB)

La personne porte son attention progressivement sur chaque partie de son corps, de la tête jusqu'aux pieds, de la manière la plus précise et détaillée possible. La finalité est d'améliorer la perception de son corps dans sa globalité. Avec la pratique, la personne apprend à descendre de plus en plus facilement dans un état entre veille et sommeil. Elle prend conscience des phénomènes positifs qui se produisent sur le plan physique et psychique. Dans cet état particulier, la personne est capable d'activer des ressources internes négligées (la capacité de concentration, de lâcher-prise, etc.). La décontraction musculaire entraîne un soulagement au niveau de la douleur.

La sophro-substitution sensorielle (SSS)

Consiste à remplacer la sensation douloureuse par une autre sensation jugée neutre ou moins désagréable (sensation de chaud ou de fraîcheur, d'engourdissement ou autre chose). C'est un moyen d'autocontrôle de la sensation douloureuse. L'éventuelle association d'un signal à cette technique permet d'être efficace plus rapidement. Les bons résultats dans l'application de la SSS nécessitent une discipline d'entraînement.

La relation entre la personne et le sophrologue

C'est une relation privilégiée. Elle se caractérise par la présence d'un vécu valorisant. Le sophrologue a le rôle de guider la personne tout en étant le plus clair possible dans ses considérations. Il est attentif et porte sur elle une attitude bienveillante, exempte de jugement. Il joue un rôle non directif, et lui apprend les techniques pour qu'elle puisse les utiliser librement chaque fois qu'elle en aura envie ou qu'elle en éprouvera le besoin : pour gérer ses symptômes, pour se détendre ou encore, pour faire le plein d'énergie. Le rôle du sophrologue est de permettre à la personne de devenir de plus en plus indépendante dans cette relation, de s'approprier la méthode pour pratiquer les différents exercices d'une façon personnelle. La communication en sophrologie a des caractéristiques particulières, le ton de la voix se pose, devient monotone et monocorde, favorisant un état de détente proche du sommeil.

Action élargie

Deuxièmement, la sophrologie peut exercer une action bien plus ample sur un certain nombre de domaine.

La réintégration du schéma corporel de la personne

Puisque toute maladie grave représente une perte d'intégrité du corps, atteint dans l'une de ses parties ou de ses fonctions, le travail sur l'intégration du schéma corporel prend ici toute son importance. Il permet de remettre la maladie à sa place organique. Avec un entraînement régulier, la méthode peut permettre à la personne d'acquérir une image de son corps bien plus juste. Les différents types d'exercices tels que la relaxation dynamique du premier degré (RDC 1) et du deuxième degré (RDC 2) ont un impact très positif sur le schéma corporel.

L'attitude mentale positive

Progressivement, le vécu des sensations corporelles agréables se répercute sur les autres éléments de la conscience. La personne acquiert une manière de penser plus positive qui lui permet de se repositionner par rapport à sa situation. Les *a priori* et les préjugés sont mis de côté, pendant que les aptitudes et les compétences sont progressivement renforcées. Par exemple, concernant l'attente : « Je ne supporte pas les effets indésirables de mon traitement » une attente de substitution plus positive serait : « Je fais confiance à mon corps, j'apprends à substituer la sensation de douleur par une autre sensation moins désagréable. » Une technique qui permet de renforcer l'attitude mentale positive est la *sophro-présence immédiate (SPI)* : à chaque inspiration la personne évoque une pensée agréable ou une ressource interne qu'elle décide de mobiliser puis, après une brève rétention d'air à l'expiration, toute cette positivité se diffuse le long du corps. Une variation de cet exercice consiste à évoquer une phrase d'encouragement importante pour la personne, cette phrase ayant pu être prononcée dans le passé par une personne importante de la famille (ou alors un ami, un professeur, autre), ayant pu être lue (dans un livre, un poème, un article), ou encore ayant été écoutée dans un film ou une chanson. Le plus important, c'est de choisir une phrase qui a un sens pour la personne.

La perception de la maladie

Pratiquer la sophrologie permet de participer à la prise en charge de sa maladie et d'intégrer les soins dans un ensemble dynamique. La personne peut avec l'entraînement apprendre à voir les choses d'une manière différente et les aborder dépourvues des *a priori* et des préjugés. Le problème est mis entre parenthèses, ce qui permet de découvrir ce qui est essentiel derrière l'apparence extérieure de la situation.

Devenir acteur

Au niveau psychologique, l'entraînement régulier peut aider la personne à assumer un rôle actif, à se prendre en mains. Car il est très important d'agir sur le découragement, l'abandon et l'inhibition qui s'installent souvent dans la maladie chronique. La personne devient vite autonome dans l'utilisation des techniques qui lui permettent de modifier la qualité de son sommeil, de mieux gérer le stress, de faire face à l'anxiété, d'augmenter son bien-être, bref la personne dynamise ses ressources internes, ce qui constitue un réservoir de forces et d'énergie pour développer les stratégies d'ajustement nécessaires à l'intégration de la maladie et du traitement dans la vie de tous les jours.

Les études sur la qualité de vie ont permis une sensibilisation à la perception de la condition de vie des personnes saines et des personnes atteintes de pathologies. De nombreuses études ont été réalisées dans le but d'améliorer la qualité de vie de personnes vivant avec des maladies graves.

Un exemple est le travail développé avec des patients cancéreux qui a mis en évidence l'importance de la relation entre stress et cancer (Simonton, Matthews et Creighton, 2000). Dans la méthode utilisée, un rôle central est accordé à la relaxation et à l'imagerie mentale ; la personne apprend à se détendre 5 fois par jour, pendant 5 minutes, puis afin de renforcer l'action du traitement sur la maladie, elle se

représente mentalement le traitement et son action efficace sur la maladie. Le support amical et le support thérapeutique sont également considérés comme étant des outils indispensables.



INFOFLASH

Une étude a démontré l'efficacité d'un massage thérapeutique sur la qualité de vie des patients séropositifs (Birk *et al.*, 2000). À partir d'une population de 42 sujets séropositifs, un groupe contrôle et trois groupes de traitement ont été constitués (massage, massage plus exercices aérobics et massage plus gestion du stress biofeedback). Des améliorations significatives de plusieurs dimensions de l'échelle de qualité de vie ont été mises en évidence. Par contre, il n'a pas été observé de différences significatives sur d'autres variables mesurées telles que les marqueurs biologiques (charge virale et dosage plasmatique des CD4+).

Dans une autre recherche sur la reconstruction du système immunitaire et la gestion du stress, une population de 25 hommes homosexuels a été étudiée (Antoni *et al.*, 2002). Après 10 semaines d'intervention, les chercheurs ont pu constater une relation entre la gestion du stress et l'augmentation des cellules CD4 – résultats significatifs seulement pendant le suivi de 6 à 12 mois. Cette même équipe a démontré l'efficacité de son intervention sur la réduction des symptômes de détresse particulièrement liés aux humeurs dépressives (Antoni *et al.*, 2000).

D'autres travaux ont utilisé un même type d'intervention : un groupe de l'Université de Californie a étudié les effets de l'exercice physique sur la qualité de vie, le niveau des CD4 + et la présence de Candida chez des patients séropositifs. Ils ont observé qu'après six semaines d'intervention, les scores de l'échelle de qualité de vie ainsi que les résultats des tests de Candida s'amélioraient significativement. Cependant les indices immunitaires et la charge virale n'avaient pas changé de manière significative (Stringer *et al.*, 1998).

Différentes études scientifiques concordent sur le fait que la qualité de vie peut être améliorée par la pratique de techniques de relaxation et de médiation corporelle.

La sophrologie partage avec les autres méthodes de relaxation les effets bienfaits tant au niveau physique qu'au niveau psychologique, bien évidemment un entraînement régulier est nécessaire. La méthode de la sophrologie, grâce à la détente qu'elle entraîne, favorise une baisse du tonus musculaire, une diminution de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle, ce qui fait qu'elle est particulièrement

ZOOM. Action favorisant l'observance thérapeutique

La relaxation dynamique du quatrième degré RD4

Elle favorise la découverte d'une dimension plus existentielle : permet de se percevoir en tant qu'individu appartenant à un groupe, à une société, à l'espèce humaine, qui habite la planète et qui appartient même à quelque chose de plus vaste. La personne peut faire l'expérience de sentir ses pieds sur terre, de prendre sa place et de l'occuper pleinement, une place qui lui appartient, se sentir vivante et sentir la force de la vie qui est en elle. Cette expérience a un effet très bénéfique et permet de faire un contrepoids au fait de se sentir mis de côté ou de se sentir exclu, sentiments souvent présents chez la personne malade.

L'entourage

Le rôle de l'entourage est d'une grande importance. C'est pourquoi les proches aussi éprouvent les bénéfices de l'accompagnement par la sophrologie. Cela leur permet de mieux gérer leurs émotions (peur, angoisse, sentiment d'incertitude, etc.). Ils profitent de se détendre, de se ressourcer et de ce fait, sont plus disponibles et prêts à accorder du soutien à la personne malade.

La sophro-acceptation progressive (SAP)

Elle peut s'avérer utile pour anticiper les obstacles pouvant survenir dans la vie de tous les jours, et empêcher la personne de prendre son traitement. La personne peut se représenter une image positive dans un futur proche en ayant déjà appris les techniques de la sophrologie pour gérer les possibles obstacles. Elle se voit dans une situation où elle intervient, dans quelques semaines ou dans un mois peut être. La personne se représente elle-même pendant un moment agréable de la journée ou de la soirée, en compagnie de personnes qu'elle aime ou alors, si cela lui convient, elle peut se voir seule en passant un moment agréable. Une fois que l'image est claire, le travail se centre sur le renforcement du schéma corporel en renforçant la sensation de bien-être physique et mental. L'acceptation progressive sera favorisée en ratifiant le fait que les choses qui l'entourent sont agréables et positives. Les sensations prédominantes sont d'être à l'aise et calme. Au niveau corporel, sentir la détente, au niveau de l'esprit, sentir la joie, la confiance, la sécurité, la sérénité ou une autre sensation positive.

indiquée pour la gestion du stress et l'anxiété. Au niveau psychologique, les effets observés sont tout d'abord une agréable sensation de détente et de bien-être, puis des modifications au niveau de l'attention, de la concentration et de la mémoire. La personne commence progressivement à se sentir plus présente à soi-même, elle se situe dans le moment présent, ce que lui permet de lâcher prise : elle s'autorise à vivre l'instant d'une façon amplifiée et se laisse emporter par l'expérience sensorielle. Grâce aux effets apaisants et bienfaisants de la détente, elle peut arriver à se centrer de plus en plus sur les sensations physiques ressenties, elle peut alors grâce à l'expérience vécue, réapprendre son corps, réintégrer le schéma corporel d'une façon plus positive et surtout plus réaliste. Le travail sur la perception des différentes parties du corps se fait par la relaxation statique et la relaxation dynamique qui permettent de renforcer le schéma corporel, prenant conscience du corps dans son unité, dans

sa totalité. La prise de conscience du corps est véhiculée par l'attention portée sur les cinq sens, sur les sensations kinesthésiques, cénesthésiques et même sur le sens de l'espace, c'est-à-dire la capacité qui nous permet de nous repérer à la fois dans l'espace extérieur et par rapport au corps propre.

La sophrologie aide à développer globalement la qualité de vie de la personne. Avec l'entraînement aux différentes techniques, la personne peut stimuler de manière autonome ses ressources internes, telles que la capacité de se détendre, de gérer son stress, ses émotions, de modifier la perception de la douleur, d'améliorer la qualité du sommeil, d'augmenter la confiance en soi et de se projeter dans l'avenir. La sophrologie favorise les changements tout en respectant la personne en tant qu'être unique porteur d'une histoire.

Action de la sophrologie sur les facteurs qui améliorent l'observance thérapeutique

Concernant ce premier groupe de facteurs, nous pouvons imaginer le rôle de la sophrologie qui s'intègre à la prise en charge globale de la personne sous traitement, ayant pour but de renforcer la *perception subjective du soutien*, de rendre la pensée de la personne plus positive et d'accroître son sentiment de sécurité.

Fiche

Action contre l'inobservance thérapeutique

La respiration alternée

L'exercice consiste à s'installer confortablement, la tête redressée. La personne est invitée à détendre son corps de la tête aux pieds. Ensuite, avec le pouce droit, elle ferme la narine droite et inspire lentement par l'autre narine en se concentrant sur le trajet de l'air. Puis la personne ferme la narine gauche, ouvre la narine droite et expire lentement. La personne change de narine ainsi de suite pendant dix fois. Les bienfaits de cet exercice se ressentent rapidement, il est efficace pour renforcer la mémorisation, la concentration et pour calmer l'anxiété.

La sophro-programmation future (SPF)

Le sophrologue peut aider la personne à se préparer quelques semaines avant de commencer le traitement. La technique consiste à visualiser dans le futur proche un moment où la personne est en pleine possession de tous ses moyens, sûre d'elle-même, confiante, ayant déjà intégré efficacement le traitement dans sa routine quotidienne. Elle peut se voir en train de prendre son traitement avant ou après l'accomplissement d'une des activités habituelles comme boire son café, se brosser les dents, ou autre ; avec une attitude courageuse et plus positive, en ayant à sa disposition toutes les ressources nécessaires pour avancer progressivement dans son cheminement. La personne se visualise en train de gérer les effets

secondaires avec efficacité. Plus précisément, elle peut se voir en train de se servir de la méthode de sophrologie pour gérer les obstacles qui peuvent surgir pour rendre difficile l'observance thérapeutique. Elle peut même visualiser les stratégies pour surmonter ces obstacles en dédramatisant la situation et même en la banalisant. Cette technique se réalise après la sophronisation de base (SDB), une fois que la personne est installée dans un niveau de détente profonde.

La détente profonde

Favorisée par la pratique de la méthode, elle peut avoir un effet sur la perception des effets secondaires. Avec l'entraînement, la personne pourra se placer de plus en plus facilement dans l'état entre veille et sommeil (niveau sophroliminal) où se produisent de nombreux phénomènes positifs tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. Cette relaxation procure la diminution de l'anxiété et de la peur ainsi que le relâchement de la tension musculaire. Une fois la décontraction musculaire survenue, la détente mentale s'installe et la personne se sent plus présente à elle-même.

La visualisation et le sophro-déplacement du négatif

Pour la gestion du *stress et de l'anxiété*, tous les exercices de la sophrologie apportent une aide. La focalisation sur la respiration (déjà mentionnée auparavant) induit un état de conscience modifiée qui calme l'anxiété et procure la détente mentale et physique. Cette respiration abdominale permet le recentrage sur soi-même et rend la personne plus disponible et plus réceptive.

L'exercice de *visualiser* un endroit de calme, de détente, réel ou imaginaire est très utile. L'endroit de détente est exploré par la personne dans tous les détails et avec les cinq sens. Cette stimulation combat efficacement le stress et la fatigue.

Une autre technique utile dans ce cas est le *sophro-déplacement du négatif (SDN)*, qui consiste à mettre en tension tous les muscles du corps et à profiter du relâchement qui suit la contraction. L'exercice permet de se débarrasser de toutes les tensions négatives présentes dans le corps. La personne imagine de les envoyer loin dans le temps et loin dans l'espace ; c'est un profond nettoyage qui apporte une sensation de lâcher-prise.

La protection sophro-liminale (PSL)

Elle est également conseillée. Après une inspiration ordinaire et une courte rétention d'air, la personne expire en prononçant le mot qui pour elle évoque le calme et la détente, puis imagine que ce mot imprègne tout le corps, calmement, profondément, de la tête jusqu'aux pieds.

Action de la sophrologie sur les facteurs qui entravent l'observance thérapeutique

L'entraînement aux techniques sophrologiques pourrait réduire les effets de certains facteurs qui entravent l'observance et contribuer à son amélioration. Nous allons en évoquer quelques-uns. Pour chaque aspect, différentes interventions sont possibles.

3. Le rôle des croyances et des valeurs dans l'observance thérapeutique

Différents auteurs se sont intéressés au rôle joué par les croyances et les valeurs dans les comportements liés à l'observance thérapeutique et ont apporté des éléments qui aident à une meilleure compréhension du phénomène. Nous allons examiner certaines d'entre elles.

Les croyances liées à l'estime de soi

Deux croyances liées à l'efficacité personnelle influencent la manière de réagir face à la maladie : la croyance selon laquelle les résultats que l'on peut obtenir sont liés aux efforts personnels fournis, et le sentiment que l'on dispose des ressources nécessaires pour atteindre un but déterminé (Bandura, 1997). Cette notion comporte un élément central : la personne qui croit en ses capacités les développera, même si elle rencontre des obstacles. De cette façon, quelqu'un qui se sent capable aura une tendance à adopter un comportement qui lui confirme cette croyance. Le sentiment d'efficacité personnelle est une notion liée à l'estime de soi, et permet à la personne de voir sa réalité différemment, ce qui aura une influence sur la façon de la vivre. Des attitudes telles que croire à sa réussite personnelle, se mobiliser en fonction d'un but à atteindre, améliorer ses performances, en mettant en valeur des expériences antérieures, sont associées à une bonne estime de soi. La personne montre une disposition mentale qui la prépare à réagir, selon ses attentes de succès, son acceptation et sa détermination personnelle (Coopersmith, 1984).

L'estime de soi et la sophrologie

L'entraînement à la sophrologie peut contribuer à l'amélioration de l'estime de soi. À cet effet, différentes techniques sont proposées.



GROS PLAN

Le travail de verticalité et d'enracinement a pour but de renforcer la confiance en soi. Il se fait préférablement debout, en prenant conscience de la relaxation dans la position verticale, position qui permet à la fois d'être détendu et prêt à l'action ; en prenant conscience de l'axe vertical de la tête et la colonne vertébrale, puis des axes horizontaux (les épaules ; le bassin ; les pieds, bien à plat sur le sol). La perception se centre sur le corps, il s'opère une belle rencontre avec soi-même. Le travail sur la

respiration prend ici toute son importance : sentir le corps qui respire, sentir la respiration abdominale qui s'installe progressivement. La personne prend conscience des points d'appuis, sent les balancements naturels du corps, explore les limites du corps vers l'avant, l'arrière, la droite et vers la gauche. Cet exercice peut aller un peu plus loin si la personne le désire. Elle peut imaginer qu'un fil qui sort de chacun de ses pieds s'enfonce dans la terre. Les fils traversent le plancher, la terre meuble, les roches, arrivent au centre même de la terre et là, ils commencent à absorber l'énergie de la terre. Si la personne est d'accord, elle peut imaginer que cette énergie assume une belle couleur, intense, brillante. Puis, sentir cette énergie qui monte à partir de ces fils, arrive jusqu'aux pieds, monte le long des jambes, des cuisses, du bassin, du thorax et arrive jusqu'à la tête. Elle se sent alors complètement envahie par cette sensation de force renouvelée, sensation d'énergie récupératrice.

La technique de sophro-présence immédiate (SPI) peut être utilisée ici pour renforcer une capacité ou une ressource interne que la personne a besoin ou envie de renforcer. La personne peut choisir une affirmation positive et la répéter mentalement pendant l'inspiration. Elle peut aussi choisir de faire un geste (joindre le pouce et l'index, fermer les poings ou autre) et l'associer à cet exercice pour ancrer plus profondément son effet.

La technique de relaxation dynamique du 4^e degré (RDC 4), déjà mentionnée, s'avère très bénéfique aussi pour la confiance en soi. La pratique régulière de la sophrologie permet d'acquérir une meilleure connaissance de soi, ce qui est un élément important de l'estime de soi.

Avec l'entraînement, la personne peut faire taire la critique négative interne et installer à sa place des affirmations positives et des phrases d'encouragement.

Changement de valeurs dans la maladie grave

Pour faire face à la maladie, un processus de transformation psychique se met en place, les auteurs l'appellent le processus d'adaptation à la maladie. Ce processus favorise un changement au niveau des valeurs de la personne, ce qui fait qu'elle ne voit plus la vie de la même manière. Les choses n'ont plus la même importance. L'adaptation à la maladie grave est donc possible grâce à la modification de certaines de ses valeurs, qui sont liées à l'image du corps, au rapport au temps, à la philosophie de vie et à la relation à sa propre mortalité (Fischer, Tarquinio, 2002). Les valeurs

Tableau 24.1. Techniques sophrologiques facilitant le travail.

Adaptation, modification de valeurs	Techniques de base et action de la sophrologie
L'image du corps dans la maladie grave est fortement touchée. Le corps modifié peut être dévalorisé. La personne modifie la façon de se voir. Elle construit une nouvelle image de soi, elle dynamise en elle une force qui relativise et transcende la valeur du corps, perçue auparavant comme prioritaire.	Sophronisation de base (SDB) Relaxation dynamique (RD1 et RD2) Travail sur le schéma corporel, perception du corps dans sa globalité. Se centrer sur les fonctions du corps qui marchent bien pour les renforcer. Constater que « le corps est limité et la conscience est illimitée ».
Le rapport au temps se modifie significativement. La personne commence à valoriser les petites échéances, apprend à vivre au jour le jour. La valeur du temps consiste alors à vivre l'instant présent, le temps immédiat.	Relaxation dynamique I (RD1) Sophronisation de base (SDB) Respiration synchronique La personne apprend à se centrer sur le moment présent, sur le vécu de l'instant.
La philosophie de vie que la personne s'était construite tout au long de sa vie va être bousculée ; la personne donne un autre sens à la vie, envisage une autre manière d'apprendre à vivre, développe une nouvelle aptitude à goûter la vie.	Attitude phénoménologique. Porter un nouveau regard sur les choses, sur les sensations, comme si c'était la première fois. Éliminer les préjugés, les a priori. Mettre les problèmes entre parenthèses. Principe d'action positive. Stimuler la détente et les sensations positives physiques et psychiques en sachant que l'impact positif se répercute sur les autres éléments de la conscience.
La relation à la mort : la personne est confrontée à la fragilité de l'existence, en prenant conscience, d'une part, qu'il y a un délai, un temps, qui lui permettra de réaliser certaines choses (régler des choses, se réconcilier avec la famille, avec des amis, etc.). D'un autre côté, elle aura aussi la possibilité de faire du temps qui reste une expérience de lâcher prise.	Installer le réflexe d'homéostasie <i>Sophro acceptation progressive</i> Futurisation si cela constitue une demande de la personne, l'inviter à formuler ses représentations propres de la transcendance (de l'éternité, de l'âme) selon les éventuelles croyances religieuses ou spirituelles qu'elle possède. L'entraînement permet d'être plus conscient de soi-même, de lâcher prise, de s'approprier ses décisions et se préparer aux événements difficiles.

matérielles telles que posséder des biens, faire de grands projets pour l'avenir perdent leur importance, tandis que d'autres valeurs deviennent essentielles : l'amitié, l'affection, des valeurs immatérielles.

Contribution de la sophrologie au changement de valeurs

Les techniques de la sophrologie peuvent être utilisées pour accompagner et faciliter ce processus de changement de valeurs. Le tableau ci-dessous montre des techniques sophrologiques que nous considérons pertinentes pour permettre à la personne d'effectuer le travail, en mobilisant ses ressources internes (tableau 24.1).

4. Une étude réalisée chez des personnes séropositives

Imaginons pendant un instant la vie d'une personne qui a reçu le diagnostic d'une maladie dont le traitement comporte de nombreux comprimés, plusieurs prises par jour et dont certaines molécules ne peuvent pas être prises en même temps que les autres. Ajoutons le fait que le traitement doit être pris selon des horaires très stricts : certains comprimés pendant les repas, d'autres avant ou après, toujours en tenant compte de restrictions alimentaires assez sévères. Imaginons aussi la survenance des effets secondaires de la thérapie, d'effets indésirables parfois difficilement tolérables, qui compliquent davantage la vie quotidienne. Autant de contraintes qui font sentir à la personne que l'aide médicamenteuse devient une vraie corvée. Telle est la situation pour beaucoup de personnes sous trithérapie.

Nous nous sommes intéressées à explorer la possible contribution de la sophrologie face à cette problématique. Après une révision de la bibliographie concernant l'observance thérapeutique, nous avons décidé d'intégrer en plus la qualité de vie comme variable à mesurer car les deux sont étroitement liées. La présente étude a été réalisée par le docteur C. Garin et moi-même, notre objectif était de mesurer les effets de l'intervention d'un programme de sophrologie sur l'observance thérapeutique et la qualité de vie chez des personnes séropositives résidant au Luxembourg. Pour faire cela, nous avons obtenu l'accord du Comité national d'éthique de recherche (CNER-CRP Santé), nous avons collaboré avec l'association Aidsberodung-Croix-Rouge Luxembourg ainsi que le service des maladies infectieuses du centre hospitalier de Luxembourg.

De l'importance de l'observance thérapeutique

Un des grands succès de la médecine contemporaine a été sans doute la mise au point des trithérapies et multithérapies en 1996. Cette génération de médicaments hautement actifs vise la suppression profonde et durable de la réplication virale. Depuis cette date, le sujet de l'observance thérapeutique s'est imposé comme facteur clé dans la lutte pour contrôler le virus. Si le traitement n'est pas pris régulièrement, le virus peut devenir insensible aux différentes molécules : c'est ce qu'on appelle les résistances. Cette condition peut conduire à l'échec thérapeutique et au développement du sida. Tandis que dans la majorité des maladies chroniques les patients qui ont une observance de 60-70 % sont considérés de bons adhérents, en trithérapie l'observance thérapeutique nécessaire doit être d'au moins 95 %.

La science médicale a permis de réaliser d'énormes progrès dans le développement de nouveaux médicaments encore plus performants. Ainsi, un nouveau produit est-il disponible en Europe depuis janvier 2009. Il s'agit de la première trithérapie à prendre en un seul comprimé². Ce traitement est indiqué pour des patients déjà sous traitement, ayant un taux de virus dans le sang indétectable depuis plus de trois mois, donc des personnes déjà stabilisées par un traitement antérieur. Pour pouvoir bénéficier de ce médicament, les patients séropositifs doivent impérativement remplir et respecter plusieurs conditions :

- ne pas avoir connu, par le passé, d'échecs thérapeutiques avec d'autres médicaments antiviraux ;
- ne pas avoir été infecté par des souches du virus présentant des mutations ;
- prendre le médicament de préférence à jeun et au moment du coucher (même si ce médicament simplifie la prise – un seul comprimé par jour – cela demande une réadaptation des habitudes de vie du patient).

La prise d'un seul comprimé par jour facilitera grandement la vie des personnes vivant avec le VIH. Cependant, les effets secondaires du traitement sont les mêmes que ceux des autres médicaments antiviraux. Et pour le moment, toutes les personnes séropositives ne pourront pas bénéficier de ce traitement pour les raisons mentionnées ci-dessus.



INFOFLASH

Selon les travaux réalisés dans le domaine du HIV, entre 20 % et 40 % des personnes traitées ne prendraient pas régulièrement leurs médicaments (Faure, 1998). En 2002, les psychologues Tourette-Turgis et Rebillon ont développé un modèle d'intervention qu'elles ont nommé MOTHIV et qui vise à permettre aux professionnels du soin de soutenir le degré d'observance thérapeutique de leur public. Un exemple de cette approche est le programme qui a été mis en place par le CHU de Nice : des patients ont été individuellement accompagnés et aidés pour élaborer des *stratégies personnalisées* adaptées à leurs contraintes de vie, tenant compte des cofacteurs en jeu dans l'observance thérapeutique. Après cette intervention, il a été constaté une augmentation significative de l'observance thérapeutique se maintenant dans le temps. Il est également ressorti que ces patients avaient davantage eu recours à des pratiques de soins holistiques : massages, relaxation, médecines alternatives (Bentz *et al.*, 2002 ; Pradier *et al.*, 2003). Tourette-Turgis et

Rebillon, qui ont collaboré à ce dernier projet, ont aussi contribué à l'implantation en France de « consultations d'observance » dans plusieurs hôpitaux de la France et de la Martinique.

Un Programme de formation des personnes HIV + en traitement pour une meilleure observance thérapeutique a également été mis en place à l'AIDS Provence (Spire, 1999). Il s'agit d'un week-end de formation, incluant exposés et débats portant sur les thèmes suivants : le virus, le traitement, le système immunitaire, les résistances, les effets secondaires et les différentes stratégies thérapeutiques. Une séance d'initiation à la *sophrologie* est proposée et « rencontre toujours un taux de satisfaction très élevé ».

Applications de la sophrologie dans le cadre du HIV

Les applications spécifiques dans le cas des personnes séropositives sont variées puisque la séropositivité se vit à plusieurs niveaux. La maladie évolue aussi dans un contexte affectif et social qui peut la rendre encore plus difficile à vivre (entourage angoissé, crainte pour le travail, etc.), ce pourquoi il est nécessaire de dynamiser les ressources internes de la personne (capacité de lâcher-prise, apprendre à se concentrer sur une sensation positive et d'autres) cela constitue un réservoir de force et d'énergie et va lui permettre de mieux faire face à l'anxiété et à l'incertitude.

Au niveau physique, la sophrologie peut aider la personne à modifier sa perception par rapport aux effets indésirables ; elle peut agir sur la douleur grâce à la détente musculaire et à l'entraînement à la respiration abdominale, améliorer la qualité du sommeil et réduire la sensation de fatigue, entre autres. Au niveau psychologique, elle peut favoriser la possibilité d'assumer un rôle actif dans ce qui lui arrive permettant d'agir sur le découragement et donnant le sentiment de participer à la prise en charge de sa maladie.

Le sophrologue Patrick-André Chéné (2001) fait référence à certaines études réalisées par le docteur Alfonso Caycedo (créateur de la sophrologie) et sa fille, le docteur Natalia Caycedo, sur l'impact de la sophrologie sur les personnes séropositives. Les résultats de ces recherches ont été communiqués en 1995 lors d'un congrès de sophrologie réalisé en Andorre. Ils ont montré qu'un entraînement régulier en sophrologie avait un impact très positif sur les personnes.



GROS PLAN

Hypothèses générales

- La stimulation par des techniques sophrologiques de cofacteurs se répercutant sur l'observance thérapeutique au traitement antirétroviral améliore l'observance thérapeutique.
- Une intervention avec des techniques sophrologiques sur des patients séropositifs aura un impact positif sur la qualité de vie.

Le programme de sophrologie

Il comprend 10 séances hebdomadaires d'une durée d'une heure chacune. Chaque séance a été conçue avec une structure identique : un dialogue présophronique, une Sophronisation de base SDB, des exercices de RD1, un exercice de visualisation, des pauses de récupération, des pauses de totalisation, une reprise finale et un dialogue post-sophronique.

Dans la construction des protocoles, nous avons divisé le programme en trois parties :

- *Une première partie* composée de 4 séances, ayant pour but de situer la personne dans le moment présent, de mettre entre parenthèses le négatif, donc le problème, d'installer le réflexe de relaxation et de renforcer son équilibre.
- *La deuxième partie* composée de 4 séances portait sur le renforcement de l'identité de la personne, la réconciliation avec le corps, faire confiance au corps, le renforcement des valeurs de la personne et l'activation des capacités et ressources internes.
- *La troisième partie* composée de 2 séances portait l'attention sur des techniques qui permettaient à la personne de se projeter dans un futur proche, d'activer des nouvelles ressources et de visualiser un projet à court terme. Nous avons programmé 5 séances de RD1 et 5 séances de RD2 + RD4.

Résultats de l'analyse quantitative

OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE ET QUALITÉ DE VIE

Dans notre recherche, nous avons repéré des liens très étroits entre l'observance thérapeutique et la qualité de vie. Nous avons mesuré des corrélations entre les scores de Causes de non-observance et les paramètres suivants de l'échelle de Qualité de vie : Santé perçue, Vie et relation avec les autres, scores totaux.

L'analyse statistique montre que plus un score de l'Échelle de Qualité de Vie SF 36 est élevé, moins de Causes de non-observance thérapeutique sont évoquées.

OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE ET SES COFACTEURS

Nos résultats montrent une baisse de la moyenne des causes de non-observance thérapeutique, après intervention, mais cette différence n'est pas significative. Il est évident que nous ne nous appuyons pas sur une population assez nombreuse pour tirer des conclusions, mais nous observons ici des tendances très intéressantes qui mériteraient d'être étudiées dans des conditions plus appropriées.

Les moyennes des scores des échelles de facteurs de stress et des effets secondaires ont aussi diminué après l'intervention, mais non significativement. Ces variables sont très liées à l'observance thérapeutique et ici, nous voyons des changements dans le même sens : moins de causes de non-observance thérapeutique, moins de facteurs de stress et moins d'effets secondaires, après l'intervention sophrologique.

L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. L'Échelle d'estime de soi de Coopersmith mesure cette variable dans quatre domaines (général, social, familial, professionnel). Nos résultats montrent des scores plus élevés après le programme dans les domaines social, familial et professionnel (mais la différence est statistiquement non significative). Nous n'avons pas observé de lien entre les scores d'estime de soi et ceux de l'observance thérapeutique.

En ce qui concerne les mesures indirectes de l'observance thérapeutique, la valeur des CD4 + est plus élevée après l'intervention sophrologique (différence statistiquement non significative). En comparant les mesures avant l'intervention (T0) et après celle-ci, à T2 (le suivi), la différence devient plus importante (malgré le fait qu'elle reste statistiquement peu significative, $p = 0.0802$).

La charge virale montre aussi des valeurs plus basses après l'intervention et dans le suivi, mais cette différence est très peu significative. La charge virale est un bon marqueur de la progression de la maladie, mais il faut savoir qu'elle est aussi affectée par d'autres facteurs. Même si nos résultats ne sont pas, dans un premier temps, statistiquement significatifs, nous avons remarqué que dans le suivi, une tendance à la reconstruction immunitaire apparaît.

QUALITÉ DE VIE

Dans notre étude, c'est l'Échelle de qualité de vie qui a reflété les changements les plus significatifs après l'application de notre programme sophrologique. Trois des

quatre dimensions de l'axe psychique ont montré des augmentations significatives : Vitalité, Vie et relation avec les autres et Santé psychique. Pour ce qui est de l'axe physique, seule la dimension santé perçue est significativement plus élevée. Les autres dimensions physiques présentent des moyennes plus élevées mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Résultats de l'analyse qualitative

Entre les participants et les sophrologues s'est installée, dès le premier contact, une relation cordiale de confiance. Les participants ont tous manifesté l'envie ou le besoin d'améliorer un ou plusieurs aspects de leur qualité de vie, surtout en ce qui concerne la fatigue, le stress, la qualité et durée du sommeil. La plupart d'entre eux étaient prêts à s'engager dans l'apprentissage des techniques leur permettant de se sentir un peu mieux.

Concernant l'observance thérapeutique, ceux qui s'autoqualifiaient de bons observants concevaient souvent des stratégies en accord avec leur histoire personnelle, afin de trouver la motivation de continuer le traitement. En voici quelques exemples : « Pour moi, c'est comme prendre des vitamines, c'est ça que je me dis chaque matin... comme ça, c'est plus facile... », « Étant enceinte, je pensais seulement à mon bébé, à le protéger. Jamais je n'ai oublié les médicaments pendant la grossesse... », « Je pense souvent que les médicaments sont tellement chers... en Afrique, les gens n'ont pas la possibilité de se soigner... c'est pour ça que je fais attention... J'ai la chance d'avoir le traitement... ».

Nous avons sélectionné trois cas pour les décrire d'une façon plus détaillée.



CAS PRATIQUE

Premier cas

Monsieur X est célibataire, professionnellement actif. Il a été diagnostiqué séropositif il y a quinze ans et son traitement a commencé il y a dix ans. Son traitement antirétroviral comporte deux prises par jour et deux comprimés par prise.

Il affirme avoir confiance dans l'efficacité du traitement, mais pour lui, la partie plus difficile, ce sont les effets secondaires. Malheureusement, il ne sait pas comment les surmonter, sa seule stratégie étant de les nier, de les écarter. C'est un homme qui se considère très nerveux mais qui croit en ses capacités. Il recherche activement des activités qui l'aident à se détendre et à faire « le vide dans la tête qui ne s'arrête pas ». Il est très motivé à trouver d'autres manières de se procurer du bien-être ; par exemple, il pratique le yoga.

« Les médecins sont déjà très contents qu'on soit en vie... Mais il y a la dépression, la fatigue, les effets secondaires... et on est tout seul avec cela... »

Après les séances, il a dit se sentir capable d'entrer dans un état d'esprit optimiste et de prendre plus facilement plaisir à ce qu'il faisait. Pour lui, la relaxation est une aide précieuse pour se sentir mieux. Pourtant, il exprime qu'il lui manque de la motivation, de la rigueur et de la volonté pour pratiquer la sophrologie seul à la maison. Il nous a dit vouloir s'engager à nouveau dans une autre série de dix séances de sophrologie.

Deuxième cas

Madame Y est une femme divorcée, professionnellement active. Elle a été diagnostiquée séropositive il y a six ans et a tout de suite commencé son traitement antirétroviral. Elle prend sept comprimés par jour en deux prises. Avant de commencer l'intervention, sa perception de son état de santé était plutôt mauvaise et elle voulait retrouver la joie et l'énergie. Même si la perception de son état de santé n'a pas changé après l'intervention sophrologique, elle a amélioré la perception de son niveau d'énergie, de fatigue et de stress. Cette femme, qui travaille à temps plein, devait se lever à 5h30 du matin, pour arriver au travail à 8h30. Malgré la fatigue de la fin de la journée, elle a assisté très assidûment aux séances du soir. Elle a expliqué que les bénéfices de l'expérience se traduisaient par une sensation de bien-être pendant les séances, une meilleure qualité de sommeil ainsi qu'une plus grande facilité à se détendre à la maison. Elle a préféré les exercices dynamiques aux exercices statiques. Pendant les visualisations, l'image positive qui lui revenait en tête était toujours l'image de son village, dans son pays d'origine. Elle a éprouvé des difficultés à se projeter dans le futur : « Je préfère ne pas penser... Je me concentre sur le présent... le futur me fait peur... » Des changements intéressants se sont produits après l'intervention sophrologique, au niveau des effets secondaires : moins de douleurs au niveau des mains et des pieds, moins d'insomnies, moindre difficulté à reprendre son souffle, moins de vertiges et de troubles de la mémoire.

Troisième cas

Madame Z est une femme célibataire, dont la séropositivité a été diagnostiquée un mois avant l'entretien initial. Son traitement comporte dix-sept comprimés par jour, en quatre prises. Son état de santé était très faible. Pour elle, la partie plus difficile du traitement était les effets secondaires qui se manifestaient sous forme de vomissements. Sa perception de son état de santé s'est nettement améliorée après l'intervention sophrologique. Au niveau de l'Estime de soi, elle a obtenu une amélioration surtout sur les items facteurs Social et Professionnel. Elle affirme avoir beaucoup aimé les séances car après elle se sentait plus calme et arrivait à mieux dormir.

PHÉNODESCRIPTION

Après chaque séance, les participants étaient invités à réaliser une phénodescription, c'est-à-dire à mettre des mots sur leur vécu de l'instant pour mieux fixer le ressenti

du moment. Certains mots ou réflexions sont revenus plusieurs fois dans la même séance. Nous présentons ci-dessous un aperçu des phénodescriptions, par séance :

- Première séance : calme – lâcher-prise – bien – tranquille.
- Deuxième séance : détendu – bien – espoir – découverte – relâchement.
- Troisième séance : profondément détendu – sérénité – liberté – paix – lâcher-prise.
- Quatrième séance : je me sens calme – plus serein – détendu – bien – en paix.
- Cinquième séance : détente – richesse – calme – relâchement – bien.
- Sixième séance : bien être – liberté – ouverture – lâcher-prise – bien.
- Septième séance : détente – sécurité – joie – bien-être – légèreté.
- Huitième séance : agréable – ouverture – détente – plus de calme.
- Neuvième séance : relaxation – confiance – ouverture – agréable.
- Dixième séance : difficile de visualiser le futur – bien – espoir – confiance.

D'une manière générale, les participants ont exprimé une préférence pour les techniques dynamiques, mais il s'est avéré, que certains exercices en position debout étaient fatigants, spécialement pendant les premières séances, ce qui a obligé certaines personnes à changer de position pour adopter la position assise. De même, pour une des personnes, le fait de garder les yeux fermés en position debout était source de difficultés.

L'expression corporelle et surtout les visages des participants montraient que le niveau de détente atteint était important. Nous avons souvent remarqué des sourires qui s'installaient doucement après une détente profonde.

Critiques, ouverture et pistes

La principale critique à émettre est, sans aucun doute, le nombre limité de participants ($n = 22$), le groupe expérimental composé de 10 personnes, dont 7 seulement sont arrivés jusqu'à la fin du programme.

Nous avons démontré que le programme de sophrologie a apporté aux participants des bénéfices très clairs, en ce qui concerne la qualité de vie. Pour les autres échelles, même si une amélioration des items a pu se dégager après l'intervention, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. De toute façon, le nombre restreint de participants au groupe expérimental ne nous permet pas de présenter ces résultats comme des certitudes scientifiques. Nous croyons qu'une étude similaire à celle-ci, incluant une population plus importante, pourrait apporter des résultats qui conduiraient vers la validation scientifique de la sophrologie.

Nous considérons qu'il serait également intéressant d'envisager des recherches sur les apports de la sophrologie dans le changement des valeurs qui accompagne le processus d'adaptation à la maladie grave.

Il serait intéressant de faire des interventions individuelles, c'est-à-dire concevoir et évaluer l'efficacité des programmes de sophrologie conçus et adaptés aux besoins individuels, afin de développer des stratégies personnalisées. Cela permettrait de travailler chaque cas plus en profondeur.

Conclusions de l'étude

Les analyses des données obtenues après l'intervention sophrologique sur des patients séropositifs nous permettent de conclure que suite à l'intervention sophrologique :

- il existe des améliorations statistiquement significatives dans les dimensions Psychiques de l'Échelle de qualité de vie (Vitalité, Vie et relation avec les autres et Santé psychique) et dans une des dimensions Physiques (Santé perçue) ;
- la charge virale montre une baisse statistiquement peu significative se prolongeant dans la phase du suivi ;
- (phase de suivi) les CD4 + sont arrivés à des valeurs plus élevées, bien que cette tendance n'ait pas été observée immédiatement après l'intervention (différences statistiquement peu significatives) ;
- presque toutes les moyennes des scores obtenus montrent des améliorations (différences non significatives). Les analyses des scores par participant montrent qu'en général, l'effet de la sophrologie sur tous les paramètres étudiés a été bénéfique.

5. Bibliographie

Livres, ouvrages collectifs et thèses

- BANDURA A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*, New York, Freeman.
- BLACKWELL B. (1997). *Treatment Compliance and Therapeutic Alliance*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers.
- CHENE P.- A. (2001). *Sophrologie*, vol. 2 : *Fondements et méthodologie*, Paris, Ellébore.
- COOPERSMITH S. (1984). *Manuel de l'Inventaire d'estime de soi*, Paris, Centre de psychologie appliquée.

- DUNBAR-JACOB J. (1990). « Predictors of patient adherence : patient characteristics », in *The Handbook of Health Behavior Change*, Schumacher S.A., Shron E., Ockene J.K. *et al.*, (éd.), New York, Springer Publishing Co., p. 348-359.
- ETCHELECOU B. (1996). *Manuel de sophrologie pédagogique et thérapeutique*, 2^e éd., Paris, Maloine.
- FLASKERUD J.H. (1995). *HIV/AIDS : A guide to nursing care*, Philadelphia, W.B. Saunders, 405-432.
- FREUD M. (2002). *Réconcilier l'âme et le corps : 40 exercices de sophrologie*, Paris, Albin Michel.
- GAUCHET A. (2005). *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes infectées par le VIH : Représentations et valeurs*, thèse pour le doctorat de l'université de Metz, mention : Psychologie.
- LEPLEGE A., ECOSSE E., POUCHOT J., COSTE J., PERNER T. (2001). *Le Questionnaire MOS SF36 Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*, Paris, Estem.
- SANTERRE B. (2000). *Mais... qu'est-ce que la sophrologie*, Nantes, ISR La Sablière.
- SIMONTON C., MATTHEWS S., CREIGHTON J. (2007). *Guérir envers et contre tout*, Paris, Desclée de Brower.
- TARQUINIO C., FISHER G.N., BARRACHO C. (2002). « Le patient face aux traitements : compliance et relation médecin – patient », in Fisher G. -N. *et al.*, *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.

Revue et publications de congrès

- ANTONI M.H., CRUESS D.G., KLIMAS N., MAHER K., CRUESS S.E., KUMAR M., LUTGENDORF S., IRONSON G., SCHNEIDERMAN N., FLETCHER M.A. (2002). « Stress management and immune system reconstitution in symptomatic HIV-infected gay men over time : Effects on transitional naive T-cells (CD4 + CD45RA + CD29 +) », *American Journal of Psychiatry*, 159, 143-145.
- BENTZ L., PRADIER C., MORIN M., SPIRE B., REBILLON M. *et al.* (2002). « Efficacy of a counseling intervention on adherence to HAART : Results of a French prospective controlled study », *14th International AIDS Conference*, Barcelona, juillet, 7-12.
- BIRK T.J., MCGRADY A., MACARTHUR R.D., KHUDER S. (2000). « The effects of massage therapy alone and in combination with other complementary therapies on immune system measures and quality of life in human immunodeficiency virus ». *J Altern Complement Med*, 6, 405-414.
- CHESNEY M.A. (1997), « Strategies to establish and maintain optimal adherence », *HIV Newline*, 3 (3).

- CHESNEY M.A., ICKOVICS J., HECHT F.M., (1999). « Adherence : a necessity for successful HIV combination therapy », *AIDS*, 13A : S271-S278.
- FAURE J. (1998). « Les programmes d'aide à l'observance : premier bilan », *Journal du sida*, n° 105-106, p. 20-23.
- GIR E., PRATT R., BUNCH E.H., HOLZMER W.L. (1998), « Adherence to antiretroviral therapy : A jour country comparaison », *12th World AIDS Conference*, Genova, June. Abstracte n° 60129.
- PATERSON D.L., SWINDELLS S., MOHR J., et al. (2000). « Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection », *Ann Intern Med*, 133, 21-30.
- PRADIER C., BENTZ L., SPIRE B., TOURETTE-TURGIS C., MORIN M., SOUVILLE M., REBILLON M., FUZIBET J. G., PESCE A., DELLAMONICA P., MOATTI J.-P. (2003), « Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy : French prospective controlled study », *HIV Clinical Trials*, 4, 121-31.
- SCHIPPER H., CLINCH J., Mc MURRAY A., LEWITT M., (1984), « Mesuring the quality of life of cancer Patients. The functional Living Index-cancer : Development and Validation », *Journal of Clinical Oncology*, 2 (5), 472-483.
- SPIRE B. (1999), « Spécial Observance », *Comment dire ?*, n° 64/65, janvier/février, 37-38.
- STRINGER W., BEREZOVSKAYA M., O'BRIEN W., BECH K., CASABURI R. (1998). « The effect of exercise training on aerobic fitness, immune indices, and quality of life in HIV + patients », *Medicine Science in Sports Exercise*, 30 (1), 11-16.
- TOURETTE C., REBILLON M. (2002), « Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/SIDA », *Comment dire ?*

Chapitre 25

Sophrologie en soins palliatifs

ODILE MIARA

> Pourquoi ce chapitre ?

Ce chapitre évoque le contexte des soins palliatifs dont le projet est de prendre en charge les patients atteints d'une maladie grave et évolutive en phase terminale. Dans ce cadre particulier, la notion du « lâcher-prise » fait partie du processus de la sophronisation, mais aussi du « mourir ». La présence de la douleur et celle de la sensation d'imminence de mort qui génèrent une grande angoisse seront abordées. La coexistence de ces éléments peut venir bouleverser les processus et provoquer, lors de séances de sophrologie, la désophronisation subite des patients.

Seront ensuite étudiées les techniques propres à la sophrologie qui peuvent favoriser ce « lâcher-prise », à savoir la respiration simple, la sophronisation classique et les activations intrasophroniques.

Sommaire

1. Les soins palliatifs : contexte, définition, démarche.....	571
2. Le lâcher-prise.....	574
3. L'approche des concepts de la douleur, de l'imminence de mort et de l'angoisse.....	576
4. Les limites de la sophrologie dans ce contexte des soins palliatifs	581
5. Les techniques de la sophrologie proposées en soins palliatifs.....	583
6. Quelques histoires.....	591
7. Conclusion.....	596
8. Bibliographie.....	597

Au cours de mon itinéraire professionnel, j'ai travaillé pendant treize belles années dans une unité de soins palliatifs, celle de l'hôpital des Charmettes de la Croix-Rouge française à Lyon. La psychologue de cette unité m'a sensibilisée à la sophrologie à la suite d'un problème personnel d'hypertension artérielle. J'ai alors décidé de me former à cette approche pour enrichir mon métier d'infirmière. Dans cette unité, l'accompagnement des patients en phase terminale ainsi que de leur famille, m'a permis de développer une expérience de qualité au sein d'une équipe riche par sa diversité. Ce lieu fut pour moi l'occasion d'éprouver les méthodes de la sophrologie, un terrain sur lequel j'ai pu développer une certaine compétence.

1. Les soins palliatifs : contexte, définition, démarche

Aujourd'hui en France, les soins palliatifs sont régis par :

- le Code de la santé publique modifié par la proposition de Loi adoptée le 12 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie ;
- la circulaire n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

La SFAP a créé la Charte des soins palliatifs en 1984 et l'a modifiée en 1993 et 1996.



DÉFINITION

Elle est donnée par la circulaire n° 2002-98 : « Les soins palliatifs concernent des personnes malades, atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit leur âge.

Il s'agit de soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Ils améliorent ainsi la qualité de la vie, en luttant contre les symptômes physiques et en apportant un soutien psychologique, spirituel et social aux patients et à leurs proches. Tous les professionnels de santé, travaillant en équipe interdisciplinaire et en lien avec des professionnels formés spécifiquement, sont concernés par cette démarche.

Des bénévoles d'accompagnement, formés et bénéficiant d'une supervision des pratiques, interviennent en complémentarité avec ces équipes, dans le cadre de conventions conformes à l'annexe du décret n° 2000-1004 du 16 octobre 2000. »

La SFAP ajoute : « Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués. »

La démarche des soins palliatifs : une certaine conception du « soigner »

L'impossibilité de guérir la maladie ne doit pas être ressentie comme un échec par les soignants. Ceux-ci doivent apprendre à soigner, c'est-à-dire « prendre soin » de la personne en l'aidant à maintenir sa santé. Pour se faire, ils peuvent s'appuyer sur deux définitions de la santé :

« La santé ce n'est pas l'absence de maladie ou de handicap, mais c'est un état de complet bien-être physique, mental et social. » (Préambule à la Constitution de l'OMS, 1946)

« La santé est un état dynamique, susceptible de variations, qui nécessite un processus d'adaptation de l'homme à son environnement. Cet état le rend apte à assumer les étapes de la vie, à en affronter les agressions et à vivre en harmonie avec lui-même et les autres. » (*Dictionnaire des soins infirmiers*, AMIEC, Lyon, 1995)

En soins palliatifs, les soignants considèrent la personne qui va mourir comme un vivant et leur projet est de l'accompagner jusqu'à sa mort. Car, « ce n'est pas mourir qui est difficile ; il ne faut ni talent ni compréhension pour mourir. Tout le monde le fait. Ce qui est difficile, c'est de vivre, de vivre jusqu'à la mort » (Kübler-Ross, 1985).

Les soignants vont faire en sorte que cette étape puisse se vivre dans les meilleures conditions par leurs soins. Ils accordent ainsi à la personne qu'ils soignent sa place de sujet unique, quel que soit le degré d'altération de ses capacités physiques et psychiques. Ils prennent aussi soin de la famille proche dont l'attitude a une incidence certaine sur le cheminement du malade. Chaque membre de la famille doit se préparer à la mort de la personne malade qu'elle aime. Tous peuvent faire en sorte que la maladie même grave et terminale ne soit pas un cauchemar mais des instants

ZOOM. Le lâcher-prise dans les philosophies orientales

Pour les philosophies extrêmes orientales du bouddhisme zen ou tibétain et du *Védanta hindou*, le « lâcher-prise » est la Voie pour obtenir la Libération de la souffrance. La Libération, mot-clé, est traduite par des expressions qui reviennent inlassablement, telles que :

- *abandonner l'ego*, ce moi qui compare et qui demande ;
- *s'affranchir de l'attachement* à la permanence, aux formes, aux êtres, aux valeurs familières de l'habitude, aux mots, aux idées, car ces attachements s'associent et se poursuivent en nous et par nous sous forme de pensées, d'émotions et d'actions qui ne font que se répéter, alors qu'elles appartiennent déjà au passé ;
- *laisser être, laisser faire, laisser venir* car il n'y a rien à faire au sens accumulatif de ce terme, il y a plutôt à défaire, et il n'y a rien à obtenir, il y a à laisser venir la pensée qui se présente, mais aussi à la laisser partir, sans chercher à la retenir ou à la chasser ;
- *laisser couler la rivière*, se laisser porter par le courant de l'existence tranquillement, sans

résistance, sans opposition, sans lutte, sans chercher à s'agripper à des soutiens illusoires ;

- *dire « oui » à ce qui est*, voir et accepter la réalité, « passer du déni de tout ce qui ne nous convient pas au oui à ce qui est, simplement parce que cela est. Le passage de *ça devrait être, ça ne devrait pas être* au *c'est* » (Desjardin, 1981), « Passer de *être emporté* à *être un avec* » (*ibid.*).

« Si vous allez jusqu'au bout de votre possibilité de faire, jusqu'au bout de votre possibilité d'efforts, vous serez prêt pour ce qu'on peut vraiment appeler *le lâcher-prise*. [...] Un jour, on monte sur le tremplin et on saute. C'est un saut intérieur [...] une nécessité de passer au-delà. [...] Comme un fruit qui a mûri, mûri, tombe tout d'un coup de l'arbre [...] vous passerez au-delà de l'agissant » [...] « Lâchez prise, déposer votre destin entier, et votre existence se déroulera spontanément [...] Ce lâcher-prise ne s'accomplira pas sans une préparation plus ou moins longue » (Desjardin, 1980).

privilegiés de communication, une opportunité de réconciliation, voire même la possibilité d'une évolution personnelle de chaque membre de la famille.

Ces soignants travaillent en équipe interdisciplinaire. Ils élaborent ensemble un projet de soins propre à chaque patient. Cette équipe doit être inventive, réfléchie et compétente. En son sein chaque professionnel, à sa place, et selon les compétences qu'il a développées, exprime une diversité d'approche qui permet l'enrichissement du projet de soin visant le bien-être du patient.

2. Le lâcher-prise

Définitions et approches de la notion de « lâcher-prise »

En phase terminale de sa maladie grave, le « lâcher-prise » du patient, acte volontaire ou inconscient, est, à mon avis, la seule clé qui ouvre sur une mort dégagée du refus ou de la révolte finale, si difficiles à vivre car liés aux conflits et aux attaches affectives et matérielles.

Lorsque je pense à l'expression « lâcher-prise », c'est en étroite relation avec l'image très forte, aussi bien réelle que symbolique, du cordon ombilical, lien vital indispensable entre la mère et le fœtus pendant la période de gestation, mais qui devra être coupé à la naissance pour une raison tout aussi vitale. Ce geste sépare, il permet l'émergence à un autre état d'être.

Selon le dictionnaire *Le Petit Robert*, « lâcher-prise » est un composé de deux mots qui signifie « cesser de tenir, de serrer » et au figuré « abandonner ».

J'ai nourri ma réflexion sur le « lâcher-prise » d'abord à travers mon intérêt personnel pour les philosophies extrêmes orientales (bouddhisme et hindouisme), ensuite pour la relation d'aide et la sophrologie, domaine du soignant (**voir zoom**).

Lâcher-prise et travail du deuil

Dans la relation d'aide psychologique le « lâcher-prise » est comme un fil de trame et fonde le travail de deuil.

La relation d'aide psychologique est centrée sur la personne et non sur le problème. Son but n'est pas de résoudre tel problème particulier, mais d'aider le patient à atteindre la maturité qui lui permettra de faire face, de manière moins confuse et mieux organisée, à l'actualité de situations de conflits et de déchirements, sources de désarroi, d'angoisses et de souffrance. L'aidant ne fait pas quelque chose pour le patient ou pour résoudre son problème, mais par ses paroles qui traduisent la « congruence », la « considération positive inconditionnelle » et la compréhension « empathique » du patient, il établit avec lui un climat relationnel de confiance qui favorise simplement la verbalisation (véritable « lâcher-prise ») des émotions et des sentiments dans son vécu de sa situation actuelle.

La parole libre et permet un véritable « lâcher-prise » ; quelquefois elle surgira du silence apprivoisé par l'aidant. Avec le soutien des soignants, le patient pourra exprimer ses peurs, ses angoisses, ses inquiétudes face à la réalité de sa maladie grave en phase terminale et de sa mort à venir. Il en est rendu à composer avec les

détériorations de son corps, à quitter son entourage familial et les gens qu'il aime, son métier, son indépendance et sa vie. La parole va permettre à ce patient de composer avec la réalité de ses pertes et d'en faire le deuil, c'est-à-dire, sur un plan symbolique, « réparer les blessures » provoquées par le traumatisme (ici la maladie grave évolutive).

Ce travail avec la parole est indispensable dans cette « dernière étape de la croissance » dont parle le docteur Elisabeth Kübler-Ross. De plus, il y a ici un travail de deuil bien particulier puisqu'il doit précéder la perte de la vie (**voir zoom**).

Le « lâcher-prise » pourrait être considéré en soins palliatifs comme « l'art de mourir » et consisterait alors pour le malade à se préparer à quitter la vie. Tout cela demande du temps... et à la fin de sa vie, on peut manquer de temps. L'expérience nous a montré que lorsque ce travail de deuil ne se faisait pas pour cette raison et à cause de l'envahissement de la personne par une angoisse non contenue, le « lâcher-prise » était difficile.

Lâcher-prise et état de vigilance

En sophrologie, c'est le « lâcher-prise » de l'état de vigilance, contrôlé par le mental de la personne, qui conditionne l'installation de sa conscience au seuil dit « sophro-liminal ».

ZOOM. Les étapes du deuil

Le docteur Elisabeth Kübler-Ross a décrit plusieurs « étapes du deuil » qui ne se déroulent pas forcément dans l'ordre, avec des sauts en avant ou des retours en arrière fréquents :

- *La dénégation* : « non, pas moi », réaction typique de refus absolu d'adhérer à l'information de la mort inévitable, mais nécessaire pour amortir l'impact du diagnostic, qui sans cela libérerait une angoisse dévastatrice.
- *La rage et la colère* : « pourquoi moi ? », avec du ressentiment, de la révolte, des revendications dirigées contre ceux dont la santé est préservée, les institutions, le destin, Dieu... dans un vécu de profonde injustice.
- *Le marchandage* : « oui, moi, mais... », c'est la résignation de l'acceptation de l'éventualité de la mort, mais à condition d'obtenir un sursis en échange de promesses, de négociations, dans un besoin de garder le contrôle.
- *La dépression réactionnelle* : « oui, moi », qui s'installe avec le retour de la réalité ; c'est l'étape des regrets et de la perte de l'espoir, à quoi bon ? Tout semble dérisoire, autant se laisser aller ; étape de résignation, de désinvestissement, avec une humeur triste et un sentiment de solitude, voire d'abandon.
- *L'acceptation* : « L'heure a sonné et tout est bien », étape qui est souvent vécue dans l'ambivalence de : « Je suis prêt, mais je n'ai pas encore envie de mourir. »

3. — L'approche des concepts de la douleur, de l'imminence de mort et de l'angoisse

Douleur et souffrance



DÉFINITION

La douleur

La définition de la douleur est donnée par l'IASP : « C'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion » (*International Association for the Study of Pain*).

Cette définition montre bien la complexité du phénomène douloureux. La douleur n'est pas seulement un mécanisme purement physiologique caractérisé par les facteurs de localisation, d'intensité et de durée :

« [La douleur] n'est pas le contraire ou l'inverse du plaisir. [...] La douleur force le réseau des barrières de contact, détruit les frayages qui canalisent la circulation de l'excitation, court-circuite les relais qui transforment la quantité en qualité, suspend les différenciations, abaisse les dénivellations entre les sous-systèmes psychiques et tend à diffuser dans toutes les directions. » (Anzieu, 1985)

Il n'y a pas de concordance satisfaisante entre l'intensité de la douleur et l'importance des lésions observables car cette douleur peut déstabiliser, dégrader, violenter et briser les limites de la personne et ses défenses psychologiques. C'est donc une expérience vécue par une personne particulière. Ce vécu est à la fois objectif et subjectif, il n'est pas celui que le soignant imagine mais celui que la personne rapporte, elle seule peut apprécier l'intensité de sa douleur, sa fréquence, sa tolérance, et aucun jugement de valeur ne peut la qualifier de façon extérieure.

Cette complexité du vécu douloureux au cours d'une maladie grave évolutive génère la souffrance, résultat de l'intrication très étroite des composantes avec lesquelles la personne fabrique son histoire : sensorielles, cognitives, affectives, intellectuelles, sociales, psychologiques, morales et spirituelles. Sa souffrance se compose d'abord d'une réponse face à la douleur (tolérance, durée et résistance), véritable comportement douloureux, mais aussi de l'épreuve de l'altération du corps génératrice d'un sentiment de mutilation de l'être, de ressentiment, d'angoisse, de peur et souvent de malheur, de solitude, d'incertitude sur l'avenir et enfin de l'attitude devant la mort. Elle se nourrit aussi du discours des autres, même de celui des professionnels et reste une source perpétuelle d'interrogations.

Par la dépression qu'elle entraîne, l'image de la personne est réduite, dévalorisée, mutilée, le patient se replie alors sur sa douleur, *total pain*, qualifiée ainsi par le Docteur Cecily Saunders, douleur totale, qui englobe le somatique et le psychique et enferme cette personne dans son monde intérieur, elle n'existe plus en tant que « Je », mais c'est la douleur qui « est ». Alors, elle est désintéressée, se sent inutile, incapable, impuissante, ayant perdu toute estime d'elle-même, se complaisant dans un passé perdu et inaccessible, sans projet. Repliée sur sa douleur, elle voit sa relation au monde s'altérer, elle ne tient plus son rôle familial, sa place sociale se dégrade, le cercle des rencontres disparaît. Elle est envahie par un sentiment de tristesse, de pessimisme, de désespoir. Elle entre dans une nouvelle manière d'être, en rupture existentielle, ce qui fait naître de nouvelles sources de conflit, qui à leur tour augmenteront la souffrance.

La personne souffrante est un être qui occupe une position régressive de dépendance et d'incapacité, elle est dans un état de détresse elle-même génératrice d'angoisse. Alors une parole terrible surgit : « Plutôt mourir que de continuer à souffrir... »

Douleur et intégration psychique

Lorsque le patient peut verbaliser sa douleur et sa souffrance, sa parole est en relation avec certains domaines du psychisme :

- **Dans le monde affectif**, il y a ce besoin de protéger celui ou celle qu'on aime en le maintenant dans l'ignorance, car la vérité est trop difficile à partager. La souffrance est souvent inexprimable, elle se traduit alors dans un langage mal compris par l'entourage : celui de la persécution, de la revendication, du sentiment d'injustice, puis de l'amertume et enfin d'un sentiment de solitude et d'abandon.
- **Le monde de l'imaginaire**, nourri par la peur et l'angoisse, prend en charge cette douleur qui échappe au regard, car elle se passe à l'intérieur du corps, ensemble complexe d'organes délicats dont l'homme profane ne sait rien, mais dont il peut tout imaginer. Cette confrontation à l'ignorance entraîne une perturbation de l'image corporelle dans sa permanence et sa cohérence, la dramatisation du caché, une inquiétude profonde. S'installe alors une alternance entre la confiance et le doute vis-à-vis des professionnels qui manient savoir et pouvoir, dont le langage diffère de celui du patient et dont les réponses ne répondent pas souvent à ses attentes.
- **La mémoire** joue un rôle complexe et déterminant dans le devenir de la souffrance puisqu'elle stocke toutes les expériences vécues en leur attribuant une connotation affective ou émotionnelle ; elle peut donc réactiver une expérience

de la douleur vécue dans un autre contexte passé et l'intégrer dans celle du présent ; la mémoire complique alors la perception douloureuse présente en y ajoutant du subjectif.

- **Dans le domaine des défenses psychologiques**, la douleur met en compétition des forces opposées (conscientes ou inconscientes), telles que le sentiment d'effondrement ou le désir de domination, elle apporte ainsi une composante de motivation dans la dynamique d'adaptation de la personne qui va déterminer son comportement.
- **L'intrication de l'histoire personnelle du patient avec celle de sa maladie** est racontée inlassablement. Il y a un avant et un après l'événement qui a tout déclenché, traumatisme plus ou moins banal, au début isolé, puis qui s'inscrit dans un continuum d'événements traumatiques émaillant une période de bonheur malgré tout, caractérisée par l'activité dans la société, évoquée maintenant dans la nostalgie. C'est l'expérience d'actualisation de soi par rapport au monde.

Au cours de sa maladie grave évolutive, à travers son corps et sa personne modifiés par la souffrance, le patient est amené à faire l'expérience de ses limites. Il découvre soudain la précarité de son existence, le temps qui passe avec son cortège de regrets et l'ampleur de tout ce qui reste à faire. Enfin l'évidence de sa mortalité fait surgir le pressentiment de l'imminence de mort.

L'imminence de mort

En soins palliatifs, on peut dire que, pour le personnel soignant, la mort est une certitude, elle est attendue... Pour le patient, sa mort, annoncée par la maladie grave, est comme une évidence qui prend forme.

« La conscience de la mort n'est pas quelque chose d'inné, mais le produit d'une conscience qui saisit le réel. C'est pourquoi l'homme est toujours surpris par la mort [...] et son caractère inéluctable provoque en lui une stupeur toujours nouvelle » (Morin, 1970).

Dans le monde de la vie, elle est la sanction absolue de toute inadaptation. Dans la vie quotidienne, faite d'habitudes, de travail et d'activités diverses, la mort est souvent absente du champ de conscience. L'homme, dans ce présent « vit comme si ses parents, ses amis et lui-même n'allaient jamais mourir. La mort ne revient que lorsque le moi la regarde ou se regarde lui-même » (Morin, 1970).

Le mort et la pensée de la putréfaction de son cadavre, cette chose horrible, provoquent des perturbations profondes chez les vivants. Mais, même si l'être humain peut s'adapter de façon relative à la mort, cette réalité de la mort fait naître chez lui

le sentiment d'une rupture, d'un mal, d'un désastre, d'un vide, d'un néant, qui s'ouvre là où il y avait la sensation relative de plénitude individuelle.

L'imminence de mort, c'est la prise de conscience que la mort va se produire dans très peu de temps, elle constitue alors la perception d'une véritable menace pour l'individu malade, car dans *imminence*, il y a *menace*. Cette sensation se fait par le corps qui sait reconnaître instinctivement le début de sa fin dans certains indices qui traduisent une coupure sensorielle ou un détachement. Cette imminence de mort est une intime conviction qui fait émerger de façon brutale l'angoisse de mort lorsqu'aucune préparation n'a été faite.

La douleur et l'imminence de mort génèrent l'angoisse

La maladie mortelle génère donc des inquiétudes profondes par rapport à son évolution et les différentes peurs qui en découlent : peur de la dégradation physique, de la dépendance totale, peur d'étouffer, de souffrir..., il est important qu'elles puissent se dire, être entendues et partagées. Car lorsque la peur devient trop forte, alors, l'objet de cette peur, la mort, est refoulée dans l'inconscient, et la peur sans objet conscient se transforme en angoisse. L'angoisse est donc liée à la détresse réelle face à une situation de danger, ici celle de la douleur et de l'imminence de mort. C'est une situation véritablement traumatique car l'individu, ne l'ayant pas prévu, n'a pas pu s'y préparer, il ressent un véritable choc fait d'horreur et de terreur, d'aberration fantastique.

Note : Cette angoisse de mort peut être aiguë, c'est-à-dire qu'elle est subite, sans cause et souvent paroxystique.

Contre cette angoisse, l'être humain va mettre en place des mécanismes de défense pour la rendre vivable et supportable. Bien souvent il va ainsi pouvoir se maintenir à un certain niveau d'équilibre, mais dans l'expérience de sa maladie en phase terminale il va être face à de nouvelles confrontations :

- Face au caractère de gravité, il est un individu seul confronté au besoin de sens à donner à la fois à sa vie passée et à cette vie qui se trouve devant lui : la mort fait naître une perte de sens. Il est seul aussi avec ses conflits résiduels, l'estime de soi, sa culpabilité et son besoin de réconciliation. Et même s'il est préparé et accompagné, cette expérience du mourir demeure impartageable, car l'être humain se retrouve seul dans son intériorité.

- La mort annoncée signifie aussi la rupture avec toutes ses identifications et tous ses attachements, aussi bien matériels qu'affectifs, qui constituent l'avoir accumulé d'un être humain, la mort va contraindre au renoncement, à la séparation, à la disparition : il y a cette peur de tout perdre.
- La perte de l'emploi ou du statut social provoquée par la maladie, atteint l'être humain dans son identité et son narcissisme, et fait naître la préoccupation obsédante de l'avenir matériel de ceux qui vont rester.

Mais lorsque l'intensité de l'angoisse devient trop forte, les mécanismes contenant deviennent inopérants, il y a une incapacité à s'adapter à la réalité, à l'intégrer et à la contrôler. La personne a alors recours à des mesures plus radicales et plus archaïques (comme par exemple le délire ou de fortes régressions infantiles).

Les manifestations de la coexistence de l'absence de lâcher-prise, de la souffrance, de l'imminence de mort et de l'angoisse

Lorsque ces mécanismes archaïques, toujours entremêlés, se mettent en place, nous avons pu observer bien souvent que la personne s'installe alors dans un état psychique très particulier, une sorte « d'entre-deux », avec différentes manifestations. Celles-ci nous mettent toujours dans un grand désarroi, parce que nous nous retrouvons face à nos limites avec un sentiment d'impuissance.



GROS PLAN

Nous avons pu observer :

- un état intermédiaire de conscience modifiée entre la vie et la mort, qui n'est pas un stade de coma, dans lequel le patient se maintient, le corps immobile, mais dans une souffrance telle que la sédation analgésique et psychique est inefficace, la communication verbale impossible, et la communication non verbale incertaine ; cet état peut durer plusieurs jours avant la mort clinique ;
- un refus de rester allongé (la position horizontale peut-être perçue par la personne comme étant symbole de mort ?) qui fait que le patient, malgré une asthénie importante, trouve l'énergie nécessaire pour se lever, marcher, se maintenir en position verticale ou assise, et tout cela dans une agitation difficilement contrôlable ;
- un état de confusion dans lequel le patient peut présenter une désorganisation de sa pensée par des propos incohérents ou inappropriés,

des troubles de l'attention et de la mémoire, une désorientation spatio-temporelle, des anomalies de la perception pouvant aller jusqu'à l'hallucination, un état de stupeur ou d'agitation ;

- un état de délire ou des manifestations délirantes, des perceptions imaginaires, des hallucinations sensorielles sur le plan auditif, visuel, olfactif ou tactile, des hallucinations psychiques comme des voix intérieures ou la transmission de pensée. Il y a souvent un thème qui revient dans cet état ;
- une position de retrait dans la non-communication verbale, la somnolence, le refus de s'alimenter, le refus des traitements et des soins, même d'hygiène ; le patient est à part, dans « son monde » dont il sortira de moins en moins facilement.

4. Les limites de la sophrologie dans ce contexte des soins palliatifs

Le seuil sophro-liminal atteint pendant la sophronisation est une zone située entre la veille et le sommeil, dont les limites sont diffuses. Pendant le processus de sophronisation, des modifications sensibles des différentes parties du corps peuvent se produire, de façon autogène ou induites. Des phénomènes mnésiques peuvent rapidement surgir, ainsi qu'une capacité à produire de façon spontanée des manifestations de rêve éveillé. Dans cette zone, les barrières psychosomatiques peuvent s'effacer progressivement, elle peut donc être dangereuse pour la filtration d'éléments négatifs, étant donné qu'à ce moment, l'état de veille diminue son système de défense et que les stades du sommeil, avec leurs défenses caractéristiques, n'entrent pas encore en jeu. Dans cette zone une porte est ouverte sur l'inconscient, et celle-ci peut activer un processus de sensations négatives, elle peut faire accéder au noyau psychotique, et stimuler des états de conscience pathologiques. Alors, la sophronisation simple peut aller de l'impossibilité psychologique à la détente musculaire jusqu'à l'entrée d'emblée dans le sommeil. La sophronisation simple est donc une technique qui n'est pas sans conséquence.

Fiche La désophronisation subite

L'approche des concepts de la souffrance, de l'imminence de mort et de l'angoisse, en tant qu'obstacles réels au « lâcher-prise », me permet de penser que ceux-ci influencent considérablement, par leurs conséquences, le bon déroulement d'une sophronisation de base, et donc l'accès au seuil sophro-liminal par un patient en phase terminale de sa maladie.

Dans ces circonstances, que j'ai donc pu cerner avec l'expérience, j'ai été confrontée, en cours de séance, à un événement particulier et reproductible, à savoir la désophronisation rapide ou subite, consciente ou inconsciente, des patients. Toujours est-il que le patient, pourtant consentant à la séance, ouvre brusquement les yeux sans que rien le laisse prévoir... J'attribue cela à plusieurs raisons.

D'abord ce qui est induit par la sophronisation elle-même :

- Le patient est dans la sensation corporelle de détente de ses muscles, les tensions se relâchent. Mais ces tensions musculaires, à cette période de fin de vie, ne constitueraient-elles pas un système de défenses de carapace protectrice contre l'attaque extérieure de la mort ? La sophronisation simple serait alors à ce moment-là très « décourageante », permettant ainsi à l'angoisse de mort de venir submerger le patient en proie à son monde intérieur.
- Le patient vit progressivement le relâchement de ses muscles qui provoque simultanément la baisse des stimulations extérieures et l'abaissement de son seuil de vigilance. Cette descente vers le seuil sophro-liminal fait naître une sensation de légèreté en même temps qu'une sensation de corps qui s'enfonce dans le support sur lequel il est allongé, ses contours devenant flous. Il y a alors la sensation de perte de sa densité corporelle qui amène à la perte de sensation de son corps. En temps ordinaire, généralement ces sensations sont vécues et ressenties de façon agréable. Dans le contexte de fin de vie, ces sensations peuvent être insupportables, car elles sont en lien avec la perte de contrôle du devenir corporel.

Ensuite, dans la maladie cancéreuse, il existe un décalage entre la réalité et le vécu, entre ce qui est dit et ce qui est perçu. Le cancer génère un rapport particulier entre la réalité et les représentations mentales :

- Le cancer est une « maladie auréolée d'une fatalité imaginaire : le malade ne comprend ni pourquoi, ni comment le cancer s'est développé en lui. Il est dominé souvent par la peur, l'inconnu, le non-sens. Il cherche des causes, voire une culpabilité, il a peur de mourir dans de grandes souffrances » (Hortala, 1992).
- « Le corps est au premier plan » (Hortala, 1992), altéré par la maladie elle-même et les traitements. Il y a une déformation du « schéma corporel » et une dévalorisation de « l'image du corps » distinguées par Françoise Dolto. L'atteinte de la dignité crée une blessure profonde.
- « Le combat se déroule contre un ennemi interne, sournois et masqué, imprévisible, fantasmé, incontrôlable, voire tout-puissant. [...] La violence subie est indicible et s'exprime intérieurement sous des formes variées » (Hortala, 1992).
- « Dans les fantasmes, la maladie cancéreuse est mortelle maintenant ou... 30 ans plus tard ! » (Hortala, 1992) Cette conviction influence le rapport avec la confiance et l'espérance.
- « Les patients arrivés à un stade avancé de leur maladie cancéreuse sont atteints dans leur vie psychique, particulièrement en ce qui concerne l'activité imaginaire, la production d'images, la capacité de visualiser » (Hortala, 1992).

Enfin, on peut rajouter que la maladie cancéreuse génère, en phase terminale, un sentiment d'abandon, et par là, un besoin de contrôle sur les événements. De ce fait, la sophronisation peut favoriser la levée brutale de l'angoisse de cette perte.

Concernant le problème particulier de la douleur, on pourrait penser que le travail sophronique par la substitution sensorielle apporte un effet antalgique, ou tout du moins développe une action en synergie avec les traitements antalgiques classiques. Mais nous nous sommes rendu compte que nos patients, à ce stade de leur maladie, ne pouvaient plus s'investir dans un apprentissage de l'analgésie.

5. Les techniques de la sophrologie proposées en soins palliatifs



IMPORTANT

Préambule dans ce contexte particulier

- ✓ Parmi les patients, aussi bien les hommes que les femmes adhèrent volontiers à la proposition de séances de sophrologie.
- ✓ Il ne faut pas oublier que ces patients sont fatigables ou asthéniques, aussi la durée d'une séance ne pourra pas dépasser 10 à 20 minutes.
- ✓ Ce sont les techniques simples de la sophrologie qui sont alors les plus pertinentes, car à ce stade de la maladie il faut aider le patient à contenir l'angoisse. Il n'est pas question du bouleversement que pourrait apporter une sophrothérapie découverte à la recherche de soi.
- ✓ Penser à utiliser le *terpnos logos* lorsque l'on s'adresse à un patient au cours d'un soin, qu'il soit technique (pose d'une perfusion ou réfection d'un pansement par exemple), ou relationnel (la toilette ou le massage entre autres) car le ton doux et monocorde, au rythme lent, suffit à lui seul à induire une détente, le patient fixant son attention sur notre ton de parole.
- ✓ On peut planifier une séance comme on peut la proposer dans l'immédiateté, chaque fois que l'on pourra juger de sa pertinence à un moment donné. Penser alors à saisir l'opportunité du soin pour pratiquer une séance, le patient pouvant être allongé dans son lit ou assis sur un siège.

- ✓ Penser à proposer une séance pour le groupe familial (le patient et ses proches), car bien souvent elle favorisera la détente du climat affectif.

La respiration simple

La respiration, c'est la vie jusqu'à ce que la personne expire en rendant son dernier souffle...

Le rythme de la respiration est plus ou moins tranquille et se modifie selon les besoins de la vie et de la sphère psychoaffective, il peut brusquement se limiter, s'accélérer, se saccader, se bloquer ou devenir irrégulier selon le moment. L'angoisse interdit la respiration paisible par exemple.

Accompagner le patient dans sa respiration, de sorte qu'il la pose de façon naturelle et qu'il l'expérimente comme un rythme avec des sensations agréables, génère bien souvent la détente musculaire de son corps. Cela suffit donc à modifier son état de conscience pour l'amener au seuil sophro-liminal, les tensions émotionnelles pourront alors s'estomper par des inductions de soutien, la respiration s'apaisera tout naturellement.

On peut aussi cibler sur la respiration abdominale. Respirer avec son ventre c'est retrouver la respiration spontanée du nouveau-né, du dormeur profond, du chat ou du chien au repos. Le diaphragme est mobilisé comme un piston par le souffle respiratoire, même le plus ténu, il assure la communication entre les organes abdominaux et ceux du thorax. Cette respiration abdominale peut permettre la libération des tensions thoraciques, épigastriques et abdominales. Même chez des patients qui présentent une carcinose péritonéale, la sensibilisation à la présence du diaphragme leur permet une sensation de respiration abdominale.

Cette présence à la respiration permet déjà l'installation d'une certaine détente pour des patients qui n'ont jamais expérimenté le travail avec leur corps. L'effet inducteur de cette détente est certain chez ce type de patients pour favoriser l'endormissement à tout moment de la journée lorsque le besoin en est ressenti.

La sophronisation classique pour la dynamisation positive du « schéma corporel » et de « l'image du corps »

Lors de la maladie grave comme celle du cancer, le corps peut être altéré par l'amputation d'une ou plusieurs de ses parties visibles (par exemple sein, narine, testicules)

ou invisibles (partie ou totalité d'un organe comme l'estomac, le colon ou le rectum), mais aussi par des orifices artificiels (trachéotomie, stomie) appareillés ou non.

« Le schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique. Nos expériences de notre réalité dépendent de l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques viscérales, circulatoires – on les appelle encore coenesthésiques. [...] Il est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient. [...] Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine, l'image du corps, par contre est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. [...] L'image du corps est éminemment inconsciente, [...] elle est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, [...] l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant, [...] support du narcissisme, [...] elle se structure par la communication entre sujets, [...] elle est à référer exclusivement à l'imaginaire. » (Dolto, 1984)



GROS PLAN

L'image du corps

Selon Françoise Dolto, ces atteintes à l'intégrité du corps de la personne provoquent des troubles de son « schéma corporel » qui devient alors « infirme » et de ce fait pourra altérer son « image du corps » qui deviendra à son tour elle aussi infirme. On assiste alors à des évitements de la partie dégradée, par le patient lui-même, par ses proches et quelquefois par les soignants qui n'ont pas accepté l'infirmité. Une image du corps saine dépend de la relation émotionnelle du sujet avec son entourage, c'est-à-dire des informations, des paroles qui lui sont délivrées sur ces déficits physiques. Ces échanges, lorsqu'ils ont lieu, sont humanisants car ils aident le patient à avoir une image du corps saine malgré son schéma corporel altéré, leur absence est au contraire déshumanisante.

Différentes activations intrasophroniques comme renforcements positifs

Au seuil sophro-liminal, on peut proposer à l'imaginaire de la personne de créer des sensations agréables et dynamiques à l'intérieur d'elle-même, ce qui lui permettra de s'ouvrir sur son jardin intérieur, dans une présence à elle-même, et d'instaurer dans ce moment présent une sensation de plénitude.

Il me semble difficile de proposer à un patient de vivre sa mort par anticipation... En revanche, on peut lui proposer une anticipation positive de soi pour aborder une

rencontre, par exemple avec un membre de sa famille qu'il n'a pas vu depuis longtemps et dont il appréhende le regard sur son état de dégradation physique.

Proposition de déroulement d'une séance

Exercices de pratique

Début de la séance

« Prenez le temps de vous installer le plus confortablement possible... dans la position où vous vous sentez le mieux... C'est un moment pour vous, rien que pour vous...

Je vous propose de fermer vos yeux... si vous ne pouvez pas les fermer, gardez les simplement à demi entrouverts... si quelque chose vous dérange au cours de cette séance, il vous suffira simplement d'ouvrir vos yeux... de même tous les bruits extérieurs ne vous dérangeront pas, ils feront partie de cette séance...

Je vous invite maintenant à prendre conscience des zones de rencontre de votre corps avec le matelas (ou l'assise du siège)... Vous les passez en revue en commençant par votre tête pour aller jusqu'à vos pieds... et vous laissez aller votre corps sur ce support... Vous laissez votre corps se poser sur le support qui vous porte... profitez-en...

À présent vous prenez conscience de votre respiration telle qu'elle est maintenant... et vous vous laissez bercer par son rythme, inspiration... expiration... c'est votre rythme à vous... »

Sophronisation

Par la respiration simple : « Je vous propose maintenant de porter votre attention au niveau de vos narines... Vous pouvez écouter simplement le son délicat de l'air qui entre et qui sort... et vous pouvez faire la différence de température entre l'air que vous inspirez, un peu frais... et l'air que vous expirez, devenu plus tiède... détente qui s'installe tranquillement à l'intérieur de vous... Laissez-vous porter par le rythme de votre respiration... elle fait circuler l'énergie de l'air... à chaque inspiration l'oxygène pénètre en vous... régénération... détente... et à chacune de vos expirations, votre corps se pose un peu plus sur le support qui le porte... à chacune de vos expirations, votre corps se décharge un peu plus de ses tensions... purification... vivez bien les sensations agréables que cela vous procure... profitez en... calme... détente qui s'installe tranquillement à l'intérieur de vous... »

Par la respiration abdominale simple : « Et maintenant je vous propose de laisser votre expiration se faire naturellement... et vous portez à présent votre attention sur chacune de vos inspirations... imaginez que votre cage thoracique (votre poitrine) soit comme un ballon ou une bouteille... à chaque inspiration c'est comme si, doucement, vous vouliez remplir d'air la bouteille, ou gonfler le ballon... sans forcer... À chaque fois que vous inspirez, vous poussez doucement votre air jusqu'au fond de la bouteille, le fond du ballon... Vous remplissez tranquillement le fond de votre thorax... sensation de votre ventre qui se gonfle doucement... qui s'épanouit librement... tranquillement, à votre rythme... sans forcer... vivez bien les sensations agréables que cela vous procure... »

Activation intrasophonique

Proposition 1

« Et pour approfondir un peu plus votre détente, je vous propose de laisser venir à vous, tranquillement... sans forcer... une image ou un mot qui représente pour vous à la fois « la force » et « la paix »... « force paisible »... ne cherchez pas, mais laissez venir ce qui représente pour vous cette force alliée à la paix... à chaque fois que vous inspirez vous vous emplissez de cette force paisible... et à chaque fois que vous expirez cette force paisible s'installe en vous... à chacune de vos expirations vous sentez votre force paisible vous remplir un peu plus... jusqu'au sommet de votre tête... jusqu'au bout de vos doigts... jusqu'au bout de vos orteils... force paisible en vous... Vivez bien toutes les sensations que cela vous procure... sensation agréable de cette force paisible en vous... votre force paisible en vous... Et à chaque fois que vous en aurez besoin dans l'avenir, où que vous soyez et dans n'importe quelle position de votre corps, il vous suffira de porter votre attention sur votre respiration, de respirer tranquillement comme vous êtes en train de le faire maintenant, pour évoquer et ressentir cette force paisible en vous... »

Proposition 2

« Et pour approfondir un peu plus votre détente, je vous propose de remplir doucement l'air que vous inspirez de quelque chose que vous aimez particulièrement... quelque chose de bon pour vous... ce peut être l'évocation d'une image, d'un objet, d'une odeur, d'une personne ou de plusieurs choses à la fois... peu importe... Mais ça, vous êtes sûr(e) que c'est bon pour vous... et vous en remplissez l'air à chacune de vos inspirations... et vous en profitez... faites le plein d'énergie... vivez bien la sensation de bien-être que cela vous procure... Et à chaque fois que vous en aurez besoin dans l'avenir, où que vous soyez et dans n'importe quelle position de votre corps, il vous suffira de porter votre attention

sur votre respiration, de respirer tranquillement comme vous êtes en train de le faire maintenant, pour ressentir cette sensation de bien-être... »

Proposition 3

« Maintenant je vous propose de laisser votre inspiration se faire naturellement... et pour approfondir un peu plus votre détente vous pouvez maintenant porter tranquillement votre attention sur chacune de vos expirations... à chaque fois que vous expirez votre corps se pose un peu plus sur le support qui le porte... à chaque fois que vous expirez vous vous laissez porter un peu plus sur le support qui vous porte... et à chacune de vos expirations, votre corps se décharge un peu plus de ses tensions... vivez bien les sensations agréables que cela vous procure... »

Proposition 4

« Et pour approfondir un peu plus votre détente, je vous propose de vous installer dans un endroit que vous aimez particulièrement... un endroit réel ou imaginaire... peu importe... Mais dans cet endroit-là, vous êtes sûr (sûre) d'être bien... lieu tranquille... lieu d'apaisement et de ressourcement... installez-vous bien dans votre endroit... profitez-en... Laissez venir à vous les couleurs de ce lieu... toutes les couleurs... sources d'énergies... sentez bien les odeurs, même les plus infimes... odeurs très agréables... que vous aimez... vivez bien toutes ces sensations agréables... très agréables... dans ce lieu qui est le vôtre vous pouvez être vous-même... rien que vous-même... profitez-en... lieu de ressourcement... »

Proposition 5

« Et pour approfondir un peu plus votre détente, je vous propose de faire un vœu, pour vous, rien que pour vous... formulez bien ce qui vous tient à cœur maintenant... et vous en voyez la réalisation concrète... emplissez-vous de la réalisation de votre vœu... »

Autres propositions sur un thème particulier

- « le voyage » dans un pays inconnu, avec un train ou un avion à prendre ;
- « la rivière qui coule », au bord de laquelle on peut s'asseoir et regarder ce qu'elle charrie ;
- « le nettoyage de la maison », « faire la lessive » ;
- ou autres encore, car très souvent les patients en phase terminale de leur maladie grave font des rêves sur ces thèmes très symboliques qui évoquent le besoin de partir ailleurs pour quitter ce monde qu'ils connaissent, mais après avoir tout réglé...

Avant de terminer la séance

On peut proposer une formulation de type « signe-signal » : « À chaque fois que vous en aurez besoin dans l'avenir, où que vous soyez et dans n'importe quelle position de votre corps, il vous suffira de porter naturellement votre attention sur votre respiration, pour ressentir cette sensation de bien-être... » Terminer la séance en lui proposant de garder en lui (en elle) toutes les sensations agréables qu'il (elle) a trouvées.

Si c'est le moment de l'endormissement ou si la personne somnole ou s'endort, on la laisse dans son état de détente : « Et à présent, je vous laisse dans votre rêverie agréable... profitez-en... Je reviendrai vous voir plus tard... » (On partagera alors à un autre moment les sensations vécues pendant la séance.)

Désophronisation

Après la séance, l'expression du vécu est importante car elle peut faire émerger une parole signifiante.

Proposition d'une sophronisation pour la dynamisation positive du « schéma corporel » et de « l'image du corps »

Exercices de pratique

Le début de la séance peut se faire comme proposé plus haut.

Puis, sophronisation : « Et maintenant vous allez débiter la relaxation musculaire de votre corps en commençant par les muscles de votre visage... d'abord votre front... très soigneusement vous lissez la peau de votre front jusqu'à vos tempes... jusqu'à la racine de vos cheveux... avec tendresse pour vous-même... Vous insistez particulièrement sur la petite zone entre vos deux sourcils... sensation de front lisse... vos paupières se font lourdes... au niveau de vos narines vous faites bien la différence de température entre l'air que vous inspirez, un peu frais... et l'air que vous expirez, devenu plus tiède... l'extérieur, l'intérieur de vos joues se relâchent... vos mâchoires se desserrent... votre langue est décollée du palais... et vos lèvres sont souples... sensation de détente de tous les traits de votre visage... détente qui est ce qu'elle est maintenant... et cette sensation de détente, vous l'installez maintenant dans votre cou... dans votre gorge... puis dans vos épaules que vous lâchez complètement sur le support... vous relâchez les muscles de vos bras... en passant par l'articulation de vos coudes, l'articulation de vos poignets... et vous relâchez vos mains jusqu'au bout de vos doigts...

jusqu'au bout de vos ongles même... détente qui s'installe progressivement... calme... et à présent vous installez la détente dans tout votre ventre... d'abord en surface, vous relâchez soigneusement tous vos muscles abdominaux... au-dessus de votre estomac... et tout autour de votre nombril... et puis vous installez la détente en profondeur dans votre ventre... dans tous les muscles que vous ne voyez pas... que vous ne contrôlez pas... mais que vous pouvez imaginer... et votre estomac se détend... vos intestins se dénouent... et vos organes génitaux se relâchent... détente qui pénètre en profondeur dans votre ventre... vivez bien cette sensation de détente qui s'installe progressivement... vos fesses se relâchent... et maintenant votre dos... soigneusement vous allez détendre tous les muscles et tous les ligaments qui sont de part et d'autre de votre colonne vertébrale... en commençant par le bas de votre dos... pour remonter doucement jusque sous vos épaules... et vous posez tout votre dos sur son support... en respectant ses courbures naturelles... vous le déchargez... et vous pouvez prendre maintenant la mesure de votre dos : sa hauteur et sa largeur... et au-dessus de votre dos, votre poitrine se relâche à son tour... au rythme tranquille de votre respiration... calme... détente... et puis, vous relâchez maintenant la masse triangulaire de votre nuque... très soigneusement vous détendez tous les muscles et tous les petits ligaments qui relient vos vertèbres cervicales à vos épaules... et votre nuque se pose... à son tour votre cuir chevelu se relâche... d'abord sur toute sa surface... mais aussi dans toute son épaisseur... et en profondeur, vous installez la détente dans votre cerveau... votre cerveau organe... que vous pouvez imaginer... vos pensées vagabondent... Vous les laissez passer... elles filent... comme de petits nuages dans le ciel... poussés par une brise légère... calme... et puis vous finissez d'installer la détente dans vos jambes... le dessus, le dessous de vos cuisses se relâchent... l'articulation de vos genoux se détend... vos mollets sont souples... ainsi que vos chevilles... vos pieds, jusqu'au bout de vos orteils... jusqu'au bout des ongles de vos orteils... détente globale de tout votre corps... votre corps unifié dans la détente... en harmonie avec votre cœur et avec votre esprit... calme... vivez bien cette sensation d'être vous-même... telle (tel) que vous êtes... tout simplement... profitez en... c'est un moment pour vous... rien que pour vous... »

On peut terminer la séance telle que proposée plus haut.

6. Quelques histoires

Lorsque le patient a déjà commencé un travail de développement personnel, la sophrologie peut lui permettre d'aller un peu plus loin dans cette expérience de fin de vie et de se préparer à sa mort... Mais cela reste rare...

Je pense particulièrement à une femme de 57 ans qui avait déjà pratiqué le yoga et des techniques de relaxation, qui a pu acquérir ainsi rapidement avec nous la sophronisation et ses activations pour gérer ses angoisses dues à la douleur, et qui se mettait en seuil sophro-liminal, lorsqu'elle était seule, pour vivre les derniers jours de sa vie.

Je pense aussi à cette femme de 43 ans qui avait appris à pratiquer les techniques de la sophrologie au centre anticancéreux et qui a continué à les pratiquer avec nous. Dans l'unité, cela lui a permis de contenir une angoisse générée par un vécu difficile d'embolie pulmonaire, de gérer une angoisse produite par sa douleur, mais aussi son agitation causée par des rapports difficiles avec son conjoint.

Dans les cas contraires, beaucoup plus fréquents, la sophrologie est une aventure dans l'instant et son application est confrontée à des éléments imprévisibles et à l'éphémère de ses effets...



CAS PRATIQUE

L'histoire de Madame X

À son arrivée dans l'unité, cette femme de 51 ans, encore très belle, était pleine d'énergie, autonome et valide. Depuis le début de sa maladie, elle avait toujours été très entourée par son mari, ses deux fils et tous ses amis. Elle était parfaitement informée de la nature de sa maladie et de son pronostic. Atteinte d'un adénome carcinal primitif du lobe supérieur gauche pulmonaire, avec envahissement pleural sur un terrain de tabagisme important, entraînant une toux productive, elle a refusé dans un premier temps les traitements classiques qu'elle a finis par accepter « pour son dernier fils ». Elle a été adressée dans l'unité pour adaptation du traitement antalgique de douleurs pariétales, paroxystiques, en coups de poignard, ou à type de brûlures ; de nombreux points de contractures paravertébrales leur étaient associés, s'ajoutait à cela un syndrome sub-occlusif avec nausées, vomissements, ballonnements et douleurs abdominales, la vidange gastrique se faisant mal. Cette patiente était très anxieuse, surtout le soir à l'approche de la nuit et, malgré un traitement pour dormir, son sommeil n'était pas bon. Cette patiente parlait d'elle, de sa vie et de sa façon de voir sa maladie avec beaucoup de facilité. Elle était dans une opposition entre espérer guérir ou alors mourir vite pour que sa « famille ne se détériore pas ».

Pendant tout son séjour dans l'unité le traitement antalgique a toujours été difficile à équilibrer car la composante de l'angoisse était très présente. Elle se

qualifiait : « Je suis douleur. » Cette douleur l'usait et l'excédait. Elle s'énervait facilement, réclamant de l'amour et de l'affection, elle se sentait incomprise par les siens. Elle était très en demande de soins et de présence.

Outre la prise en charge délicate de sa douleur associée à un traitement antidépresseur et anxiolytique, pour contenir son angoisse, l'équipe lui proposait des bains et des massages qu'elle appréciait beaucoup et qu'elle demandait à toute heure du jour et de la nuit. Ces soins étaient très efficaces sur l'instant, mais pas dans la durée. En effet elle était dans le désespoir créé par le nombre important de frustrations et d'éléments qui lui échappaient alors qu'elle refusait de les perdre : son rôle maternel et familial, sa séduction féminine, ses distractions sociales... elle aurait voulu prendre de la distance avec son corps qui la lâchait en se dégradant... Une partie des angoisses liées à la nuit et à la mort était issue de cette perte de la maîtrise et du contrôle, très forte chez elle. Elle disait que si elle arrivait à programmer sa mort et les circonstances, elle aurait une angoisse moindre. Elle parlait de son agressivité et se rendait compte qu'elle la projetait sur son mari et son fils aîné. Elle comprenait aussi que trop d'anxiété diminuait son seuil de tolérance à la douleur et elle aurait voulu arriver à pouvoir faire la part entre la douleur et l'angoisse.

Elle a alors bénéficié de séances de sophrologie fixées à deux ou trois par semaine, complétant les entretiens à visée psychologique. Le but était d'abord de l'aider à ressaisir son unité car elle se répandait sur une trop grande surface : par exemple elle voulait aider son mari à être heureux « après » et aider son fils de 27 ans atteint d'une maladie psychiatrique. Ensuite l'aider à gérer au mieux son angoisse sans introduire la mort dans cette vie qui était là dans le présent, car elle confondait sa traversée dépressive avec la mort qu'elle ne cessait d'anticiper ou qu'elle demandait (ce qui est un moyen de moins souffrir). Elle a réagi positivement à l'ensemble de la première séance (détente musculaire, respiration abdominale) où elle a pu trouver une détente. Elle allait vite s'exercer à se sophroniser et faire une utilisation intéressante de cette pratique pour se détendre sur l'instant, mais elle ne pouvait pas imaginer qu'en travaillant intérioriquement son angoisse allait pouvoir « se changer en autre chose ».

Elle a ainsi alterné des périodes où elle se sentait bien, et des périodes douloureuses au cours desquelles elle parlait de plus en plus de la fin de sa maladie et de l'échéance qu'elle disait proche. Mais l'attente était intolérable et porteuse d'une angoisse majeure que nous avions de plus en plus de difficulté à contenir. De plus en plus, elle luttait contre le sommeil pendant la nuit où elle demandait la présence et les attentions de son entourage, elle avait peur d'être abandonnée, elle était excédée. Les prises en charge corporelles demeuraient cependant très efficaces. Mais nous avons dû abandonner la sophrologie à cause de l'apparition de douleur en cours de séance, entraînant une désophronisation spontanée, ce qui a généré une perte de sa motivation. Nous avons continué simplement à l'aider à mettre des mots sur ce qui était non représentable, ce qui pouvait l'aider à vivre au quotidien, au moins en partie.

Un traitement neuroleptique a été alors mis en place pour contenir son angoisse, il s'est révélé efficace car elle avait moins de pensées lytiques, son sommeil s'est

rééquilibré, ses relations moins tendues et elle ne parlait plus de sa douleur. Nous pensions alors reprendre la sophrologie mais une aggravation sur le plan pulmonaire est apparue et elle est morte rapidement.

L'histoire de Madame Y

Cette femme de 43 ans était mariée et avait une profession médicale. Son couple avait adopté un petit garçon à l'âge de quatre mois, mais trois mois après cette adoption apparaissaient les premiers symptômes de sa maladie. Le couple était très uni. Issue d'une famille très nombreuse, ses frères et sœurs, ses parents ont toujours été très présents pour l'accompagner et une des sœurs avait pris en charge le petit garçon pendant la journée, son père le récupérant le soir.

Elle était atteinte d'un adénocarcinome pulmonaire probable, avec un envahissement ganglionnaire médiastinal et métastase cérébrale pariéto-occipitale gauche nécessitant une radiothérapie, l'évolution ganglionnaire avec un envahissement péritonéal et hépatomégalie entraînera de nouvelles séances de radiothérapie abdominale, puis un épisode de compression médullaire avec paraparésie a nécessité l'exérèse d'une tumeur intradurale extramédullaire et de nouvelles séances de radiothérapie. La récupération motrice a été bonne mais il a persisté une sensibilité profonde. Les conséquences étaient des troubles sphinctériens urinaire et anal (anesthésie à la selle, béance anale), une douleur radiculaire de la face postérieure des cuisses jusqu'au genou qui la réveillait la nuit, et une diminution importante de la force motrice du membre inférieur gauche.

La préoccupation de cette relativement jeune femme a toujours été de savoir si elle pourrait élever son fils car elle ne savait pas si elle pourrait guérir.

Cette patiente a fait trois séjours dans l'Unité, en alternance avec son domicile, pendant lesquels elle a toujours eu besoin de contrôler avec inquiétude tous les détails de ses traitements et de son évolution.

Pendant ses deux premiers séjours, elle était souvent en plein désarroi et découragement, disant souvent : « Je ne sais pas où j'en suis, où je vais, pourquoi j'ai mal comme ça... se battre et contre quoi ? On ne sait pas... » Au-delà du très grand chagrin et d'une peine importante, elle apparaissait à un stade de révolte mélangé à un choc face à l'évolution persistante de sa maladie. Elle était dans une souffrance importante. Elle faisait indirectement allusion à son devenir en parlant de son fils : « Je crains qu'après... », « Je ne me fais aucune allusion sur mon avenir ». Elle était partagée entre tout abandonner ou bien refaire des cures de traitement. Outre la prise en charge de sa douleur et de ses symptômes, nous lui avons proposé des séances de sophrologie qui semblait assez adaptée au regard d'une situation face à laquelle elle éprouvait plus que de l'anxiété. En saisissant l'opportunité des soins, en restant bien dans ce qu'elle pouvait faire, les séances ont pu l'aider à trouver intérieurement les points d'appui dont elle avait besoin dans sa maladie, et la soutenaient dans la façon dont son fils vivait sa maladie. Elle a pu ainsi élaborer sa dépression et les divers sentiments qu'elle ressentait. Elle profitait très bien des séances et s'endormait à la fin lorsqu'elle se détendait complètement.

Pour continuer la prise en charge pendant ses séjours à son domicile, la psychologue avait tenté de la mettre en contact avec une psycho-sophrologue, mais sans succès.

Lorsque cette patiente revint pour un troisième séjour dans l'unité, elle avait plusieurs sources de douleur : une hypertension intracrânienne, une épidurite dorsale, un météorisme abdominal avec une hépatomégalie et des troubles importants au niveau des membres inférieurs. La prise en charge de la douleur et de l'angoisse restera difficile pendant cette dernière période car elle qualifiait ses douleurs de « violentes et d'affreuses » et elle avait peur de la paralysie. Elle se révoltait contre sa perte d'autonomie et sa déchéance corporelle : « À quoi je ressemble ? C'est insupportable... » Son incontinence totale engendrait sa colère : « Qu'est-ce que je deviens moi ? » Elle était très agitée. Elle sentait que son état s'aggravait et répétait souvent qu'elle allait mourir, que c'était fini, qu'il n'y avait plus qu'à attendre et elle voulait que ça finisse vite. Elle pleurait beaucoup et facilement. Par moments, elle était confuse avec des difficultés à trouver ses mots et des gestes désordonnés, ce qui générait sa fébrilité et son agressivité, surtout envers les hôtelières. Lorsqu'elle était seule dans sa chambre elle paniquait parce qu'elle disait avoir peur de mourir seule, de mourir étouffée. Sa famille se mobilisait beaucoup autour de sa peur de la mort.

Elle était en même temps dans une dynamique de contrôle de tout, de demandes très techniques auprès des médecins tout en exprimant qu'elle est « avant tout malade avant d'être médecin », qu'elle souhaite qu'on la conseille et non pas qu'on lui laisse le choix dans la thérapeutique. Même si elle abordait en profondeur divers aspects des deuils qu'elle traversait, partager ses émotions restait souvent difficile pour elle et se montrait fermée à la relation. Dans sa solitude et sa peur d'être abandonnée par son mari elle se montrait très agressive envers lui, ce qui lui permettait de se soulager d'une certaine violence interne. Elle éprouvait des sentiments très ambivalents pour ceux qu'elle aimait le plus, mais cette ambivalence lui était visiblement peu familière et dure à supporter. Elle résistait à la traversée dépressive qu'elle savait indispensable car elle était loin d'avoir épuisé toute sa révolte avec la grande préoccupation de préparer son fils à l'avenir en cours. Elle souhaitait être un peu guidée dans son désir d'échanges avec lui sur sa maladie. Elle avait la capacité de demander à chacun de nous des choses spécifiques pour l'aider dans son trajet difficile : maternage, douches, massages, sophrologie, relation affective, thérapeutique ou spirituelle, nourriture...

Par moments, elle était cependant comme proche de la sérénité, elle pouvait nous faire partager de façon très intense ce qu'elle vivait, ses attentes et ses interrogations. C'était tout un travail de maturation très actif et même accéléré concernant un aspect précis de ses problèmes personnels. Mais paradoxalement, elle prenait peur devant l'intensité de ce qu'elle vivait et trouvait que tout allait très vite, que le temps se modifiait. Cela compromettait les séances de sophrologie qu'elle demandait pourtant, car elle se désynchronisait brutalement au début de la détente musculaire. En explorant un peu, elle exprimait bien qu'il s'agissait d'angoisses à un niveau très élevé et très projectif.

Un traitement neuroleptique est mis en place pour lui permettre d'interrompre son vécu d'angoisse et d'agressivité, et de dormir pour se reposer. Dans ses moments d'éveil, elle était encore désireuse d'élucider certaines choses de sa vie car elle était alors dans une élaboration complexe liée au processus terminal. Mais elle disait aussi qu'elle en avait assez de vivre ainsi et demandait alors : « Comment faire pour mourir ? Physiquement comment s'y prend-on ? »

Pendant ses derniers jours, elle est restée très en demande de massage et de relaxation qu'elle n'arrivait cependant pas à vivre jusqu'au bout. Il y avait ce refus de lâcher prise en même temps qu'elle nous demandait comment faire pour se laisser aller...

Ce dernier séjour dans l'unité aura duré 2 mois. Bien que ses proches aient été présents jusqu'au bout de sa vie, elle a profité d'un moment d'absence pour mourir seule, alors qu'elle en avait si peur...

L'histoire de Mademoiselle Z

Cette jeune patiente de 22 ans nous a beaucoup émus. Elle était pleine d'espérance et d'énergie, malgré une grande fatigue intermittente elle préparait son BEP de coiffure qui lui tenait vraiment à cœur. Le salon de coiffure où elle était en apprentissage la soutenait beaucoup pour le suivi de sa formation dans le contexte de sa maladie. Elle venait de quitter le domicile familial pour s'installer dans son appartement.

Sa maladie n'était pas cancéreuse, mais très proche cependant puisqu'il s'agissait d'un processus d'envahissement tumoral d'origine génétique (sa mère en est morte à l'âge de 36 ans et sa sœur jumelle en était atteinte). Elle connaissait bien sa maladie avec laquelle elle vivait depuis son enfance, ainsi que son pronostic à plus ou moins long terme. Elle avait subi durant ces dernières années une colectomie gauche et droite, la pose d'une sonde en double J sur rein unique et de nombreuses exérèses tumorales. Son évolution tumorale était multiple au niveau abdominal, dorsal, pelvien et intracrânien, et était responsable actuellement de nombreuses localisations douloureuses.

Elle a été admise une première fois dans l'unité, pendant 6 jours, pour une adaptation d'un traitement antalgique avant de passer l'épreuve du BTS. Elle cotait alors sa douleur au-delà du maximum. De plus, des vertiges entravaient son autonomie et des nausées gênaient son alimentation. Durant ce premier séjour, elle est très fatiguée, mais surtout très inquiète de son présent et de son devenir à cause de tous ses symptômes. À plusieurs reprises elle manifeste son angoisse. Elle dit qu'elle se sent mal. Elle paraît dans un état où l'angoisse domine, mais sans les mots. Elle a peur du traitement morphinique qui se révèle pourtant efficace sur ses douleurs. Elle a peur de l'Unité et de ce qu'elle représente. La psychologue est préoccupée par tous ces signes et pense qu'il est vital pour elle de ne pas prolonger le séjour inutilement et même de le raccourcir si cela est possible.

Pour l'aider, outre les bains et les massages qu'elle apprécie beaucoup, nous lui proposons d'apprendre à respirer autrement pour trouver une dynamique de ressourcement et de libération de ses tensions. Elle adhère bien à cette technique

qui lui permet une certaine détente au niveau abdominal. Alors nous lui proposons des séances de relaxation sophronique pour l'aider à parfaire la détente mais aussi la possibilité de renforcer ses ressources intérieures. Une première séance a eu lieu pendant laquelle elle feint de s'endormir à la fin du processus de sophronisation qu'elle a interrompu, mais sans ouvrir les yeux. À la reprise postérieure du dialogue, elle refuse de poursuivre les séances car cela lui « fait peur maintenant », elle pense que c'est trop tôt, préférant y penser plus tard. Elle n'a pas pu mettre de parole sur sa peur.

Elle revient dans l'unité quatre jours après sa sortie qui devait être définitive dans sa tête. L'aggravation est très importante sur tous les plans, elle sombre petit à petit dans un état inconscient. Elle meurt quatre jours après.

Pendant les deux séjours, son père a montré son souci par rapport à l'aggravation notoire et rapide. Sa préoccupation était de savoir comment aider sa fille à se préparer à l'inéluctable, comment parler avec elle. Il semblait solide en apparence, mais nous l'avons encouragé à nous parler de lui, ce qui a été très difficile.

7. Conclusion

En premier lieu, je pense que la sophrologie m'aide beaucoup dans ma fonction de soignant pour apprivoiser mes émotions et mon stress professionnel. Cela vaut aussi pour ma vie personnelle...

Ensuite, il me semble cette prise en charge globale du patient, elle est un moyen intéressant à faire découvrir à ces patients pour apprivoiser leurs peurs, pouvoir se détendre en relâchant leurs tensions et par là être au plus près du « lâcher-prise ». Même si une tonalité douloureuse est parfois très présente comme dans ces quelques histoires que je vous ai rapportées la sophrologie a pu permettre à plusieurs de nos patients d'avancer sur le chemin difficile de la phase terminale de leur maladie. J'ai eu des retours positifs dans la majorité des cas et parfois même avec des patients qui m'avaient semblé ne pas adhérer au premier abord.

Mais il est vrai que toute science a ses limites, et la sophrologie en a une dans ce contexte particulier des soins palliatifs, celle de l'angoisse inhérente à cet être humain qui se trouve confronté à la phase terminale de sa maladie grave et évolutive. Cette angoisse est toujours délétère et remet quelquefois en question la pertinence de l'utilisation de la sophrologie dans cette situation que nul ne peut maîtriser et surtout pas le soignant... Bien souvent j'ai ressenti une insatisfaction par rapport à l'adéquation des moyens utilisés avec un problème particulier sur lequel il me semblait avoir été suffisamment circonspect et réfléchi. J'ai donc éprouvé mes limites de soignant, en me décourageant quelquefois, car je me suis rendu compte que je ne

pouvais jamais présager du bon déroulement d'une séance proposée à un patient, même si toutes les conditions favorables me semblaient réunies.

Cependant une désynchronisation subite en cours de séance ne suffit pas à considérer la sophrologie comme un outil inadéquat dans ce contexte particulier des soins palliatifs. Ici la sophrologie n'est pas en cause en tant que telle, mais c'est bien cette part d'inconnu et cette peur imprévisible qui surgissent dans la conscience du patient au cours d'une séance qui compromettent son efficacité et la limitation de ses résultats. Aussi faut-il toujours garder en tête que le soignant a l'obligation de maîtriser les outils qu'il utilise et ne doit pas se sentir soumis à une obligation de résultat qu'il ne peut en revanche pas maîtriser. L'application de la sophrologie en soins palliatifs est une véritable aventure avec tout ce que comporte ce mot...

Par la rencontre avec tous ces patients, leur entourage et toute l'équipe de soins palliatifs, je peux dire que j'ai beaucoup appris, d'abord sur moi-même, et ensuite sur la grandeur et les faiblesses de l'être humain, qu'il soit malade, accompagnant ou soignant. Je suis optimiste sur les capacités de cet être humain à expérimenter le difficile et le douloureux de son existence, à grandir, à se transformer dans cette confrontation avec la phase terminale de la maladie. Élisabeth Kübler-Ross parle de « la mort comme dernière étape de la croissance ». Je suis émerveillée par la profondeur et la richesse des relations et des échanges centrés sur le désir d'authenticité. Et je peux dire, comme elle :

« Je ne sais pas ce que me réserve le futur, mais je suis certaine d'une chose : travailler avec les mourants n'est ni morbide ni déprimant ; ce peut même être une des expériences les plus gratifiantes qui soient, et j'ai aujourd'hui le sentiment d'avoir vécu plus pleinement ces dernières années que certains en toute une vie. » (Kübler-Ross, 1985)

8. Bibliographie

- ANZIEU D (1985). *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- BERGERET J (1972). *Psychologie pathologique, théorique et clinique*, Masson, éd. 1995.
- CLAVERIE B, LE BARS D., ZAVIALOFF N. et al. (1992). *Douleurs : sociétés, personne et expressions*, t. I et II, Paris, Eshel.
- DESJARDIN A (1980). *À la recherche de soi*, vol. 4 : *Tu es cela*, Paris, La Table ronde, p. 157, p. 160-161.
- DESJARDIN A (1981). *Un grain de sagesse*, Paris, La Table ronde, p. 30, p. 33.
- DOLTO F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil, p. 18-24.
- DURIX C (1981). *Zen, ni lotus ni robot. Libres propos autour du zen*, Paris, Le Cerf.

- HORTALA F (1992). *Psychothérapies en fin de vie*, mémoire présenté pour l'obtention du diplôme d'études supérieures de sophrologie médicale ou pédagogique, p. 7, p. 8.
- KUBLER-ROSS E. (1985). *La Mort dernière étape de la croissance*, Paris, Rocher, p. 24, p. 106.
- MORIN E. (1970). *L'Homme et la Mort*, Paris, Le Seuil, p. 172, p. 174.

Chapitre 26

Sophrologie pour des enfants à l'hôpital

VALFRIDA PAGOTTO

> Pourquoi ce chapitre ?

Le traitement de la douleur – et l'importance qu'il revêt – part du constat que, si elle n'est pas traitée, la douleur risque de devenir une affection chronique. Cette douleur isole alors les personnes touchées de leur milieu professionnel et relationnel, en les enfermant dans une spirale descendante dont il est difficile de se sortir sans une aide externe qualifiée. Dans ce contexte, il ressort de manière récurrente que les patients expriment un besoin silencieux de se sentir écoutés, compris, voire reconnus. Il apparaît donc fondamental de faire converger plusieurs compétences afin de prendre en charge au mieux les besoins des personnes en traitement.

Sommaire

1. Accompagner l'enfant à l'hôpital.....	601
2. Application et utilité de la sophrologie lors de l'hospitalisation des enfants.....	602
3. La sophrologie comme aide à la gestion du stress des enfants.....	607
4. Approche pratique.....	610
5. Conclusion.....	617
6. Grille de comportements.....	618
7. Bibliographie.....	619

C'est après avoir eu la chance et l'opportunité de collaborer en 2004 aux travaux du centre de la douleur du CHL de Luxembourg qu'a eu lieu mon contact professionnel avec la sophrologie. Dans le cadre de ce centre, j'ai pu approfondir mes connaissances sur les douleurs vécues par les personnes au quotidien, des douleurs chroniques aux causes les plus diverses.

Le centre de la douleur, comme son nom l'indique, s'applique à étudier et à soulager les différentes douleurs, aiguës ou chroniques, de manière spécifique et ciblée. Dès leur arrivée, les patients sont pris en charge au Centre de la douleur par un médecin. Si ce dernier le juge nécessaire, un premier contact peut être pris avec un psychologue ou d'autres spécialistes, afin d'élaborer un diagnostic complet et de proposer un traitement ciblé. La thérapie pharmacologique est complétée et optimisée par une prise en charge globale grâce aux psychologues, éducateurs, kinésithérapeutes, et par l'apprentissage des techniques adéquates de sophrologie. Ces outils permettent aux patients de prendre activement en charge le changement souhaité, et de rompre l'isolement social que la douleur a provoqué en eux.

Forte de l'expérience acquise au centre de la douleur, et convaincue de l'apport positif que la sophrologie peut offrir, j'ai souhaité continuer dans cette voie, pour aider à rompre le cercle vicieux dans lequel des patients s'engouffrent quand ils subissent la douleur au quotidien.

En 2005, j'ai réalisé une étude portant sur les bienfaits de la sophrologie chez des enfants âgés entre 5 et 7 ans, avant et après leurs opérations (notamment amygdaléctomie et drain d'oreille). Un tableau¹ a permis l'évaluation des réactions des jeunes patients. Il ressort de l'étude que l'usage des techniques sophrologiques accroît le bien-être des jeunes enfants traités, en diminuant notamment la sensation de stress perçue.

Ce constat m'a amenée à désirer promouvoir dans le secteur hospitalier ces techniques nouvelles, qui peuvent apporter un réel soutien à des enfants devant subir une opération chirurgicale. Il va sans dire que lors de mon parcours j'ai bien entendu aussi rencontré des difficultés, dont je ferai état plus loin. Faisant fi de ces quelques difficultés, l'idée de pouvoir soutenir les enfants tout au long de leur parcours au sein de l'hôpital me plaisait de plus en plus. Et j'ai œuvré avec plaisir dans ce sens ces dernières années.

.....

1. Cf. grille de comportements annexée en fin de chapitre.

1. Accompagner l'enfant à l'hôpital

L'enfant à l'hôpital est un patient aux besoins spécifiques. Mon expérience quotidienne, en tant qu'infirmière en service de réanimation, ou dans les salles de réveil destinées aux adultes ou aux enfants, m'a permis d'être confrontée aux sensations et aux émotions des patients ; sensations et émotions qui se matérialisent souvent au travers de la douleur, de la peur, de l'anxiété ou de l'agressivité, et qui sont notamment causées par :

- l'inconnu ;
- le déroulement d'un examen à effectuer ;
- l'intervention à subir ;
- la maladie elle-même ;
- la désinformation ;
- le bouleversement de la vie du fait de la maladie ;
- la modification d'une partie corporelle (suite à une opération) ;
- le refus de l'image de soi par rapport aux autres.

Qu'il s'agisse d'une intervention chirurgicale lourde, d'une intervention simple, ou même d'un rapide examen, être endormi et opéré représente pour l'enfant et pour toute sa famille un événement anxiogène qui sort de l'ordinaire.

L'enfant est amené à vivre la douleur, la séparation et la rupture. Il est confronté à l'inconnu. En effet, lorsque le petit patient est transféré en salle opératoire, il subit la séparation physique de ses parents. Et lorsqu'il se réveille il découvre des personnes qu'il ne connaît pas, des inconnus habillés en bleu et blanc tels des « schtroumpfs et schtroumpfettes » (infirmiers et médecins). Il se trouve dans une salle inhabituelle, connecté à des câbles, relié à des écrans, qui ressemblent à une télévision, mais qui, au lieu de transmettre des dessins animés, dessinent des lignes, affichent des chiffres, le tout assorti de sonorités et sonneries aléatoires, et incohérentes pour des oreilles non averties.

La réalité perçue par les enfants et les émotions subies quand ils sont transportés de la pièce d'accueil à la salle de réveil au sein de l'hôpital ont conforté ma volonté de m'investir pour ces patients, si frêles face au dispositif hospitalier.

Bien entendu, le personnel des établissements hospitaliers s'est engagé depuis des décennies à ce que les patients, et notamment les enfants, puissent percevoir leur séjour comme le moins traumatisant possible. Je me suis pourtant rendu compte que la sophrologie pouvait apporter une contribution supplémentaire et bénéfique aux efforts soutenus.

**IMPORTANT**

Dans cet ordre d'idées, et afin d'obtenir de bons résultats, il est essentiel de pouvoir s'appuyer sur la collaboration des médecins, des collègues, des parents, et de toute personne qui serait amenée à être en contact direct avec les jeunes patients.

Forte de ces réflexions, après ma formation, mes débuts en sophrologie à l'hôpital se sont faits avec et grâce à l'aide de deux chirurgiens d'oto-rhino-laryngologie, et des collègues de leur service. Des collègues qui ont activement soutenu mes efforts, et que je souhaite vivement remercier.

Afin d'appréhender les différentes étapes auxquelles les jeunes patients doivent se soumettre, il fut nécessaire d'analyser tout le déroulement de l'hospitalisation et des phases opératoires. Ces informations me permirent de connaître en détail le « cursus » de l'enfant lors de son séjour hospitalier.

Lors de l'analyse des informations recueillies, j'ai constaté que le parcours préopératoire des enfants est identique à celui des adultes. La différence pour les enfants réside notamment dans la difficulté de comprendre certains actes et de se projeter dans les étapes à venir.

Je dénote de même le besoin des enfants de ressentir autour d'eux une réelle tranquillité, et surtout leur besoin d'être rassurés de manière systématique. En effet, seul l'enfant rassuré sera à même de développer une relation de confiance avec les professionnels qui l'entourent.

J'ai donc œuvré afin de pouvoir donner la possibilité aux enfants et aussi aux parents d'atteindre autant que possible une plus grande sérénité lors de leur expérience hospitalière. Dans ce contexte, il est intéressant de remarquer comment le vécu hospitalier a évolué au fil des années pour les patients qui y sont confrontés. Pour ce faire, il suffit de se remémorer l'ambiance glacée, hostile, de maints hôpitaux d'antan.

2. — Application et utilité de la sophrologie lors de l'hospitalisation des enfants

La majorité des interventions chirurgicales (amygdalectomie, drain, végétations...) n'étant pas urgentes, elles peuvent de ce fait être planifiées. L'enfant et sa famille

peuvent s'y préparer et être aidés à l'avance. Soutenir les personnes dans cette préparation est du point de vue déontologique un pilier de la profession que j'exerce, et qui m'est cher.

Il est évident que l'enfant qui doit être hospitalisé a peur de l'inconnu. L'hôpital est perçu comme mystérieux. En effet, les parents constituent *le* point de repère de l'enfant. En ce sens, penser à la séparation de ses parents entraîne pour la majeure partie des jeunes patients un état important d'angoisse, de peur et de stress.

L'anxiété et la peur ne sont pas uniquement dues à la séparation, mais sont aussi la conséquence psychologique des actes techniques, invasifs ou non, que les enfants doivent affronter et subir. Par exemple, la visite préopératoire et la prise de sang subséquente, le spiromètre, les visites médicales, et finalement le réveil et l'hospitalisation en milieu inconnu. Cette anxiété et cette peur sont amplifiées quand l'enfant n'est pas préparé à affronter la situation qui l'attend parce qu'il ignore les étapes de l'hospitalisation. La peur risque souvent de dégénérer en une détresse incontrôlée, un malaise psychologique, qui amplifie la perception de la douleur réelle ou attendue ; d'où l'importance de canaliser l'appréhension en sa phase initiale.

Il m'est arrivé de rencontrer des parents qui ne souhaitaient pas informer leurs enfants quant au déroulement des étapes à venir, car ils avaient peur que ces derniers puissent s'effrayer avant même de subir l'intervention. Dans ce cas de figure, la majeure partie du temps, les résultats en ce qui concerne le stress vécu et subi par les enfants ne furent pas encourageants. En effet, les jeunes patients réagissaient de façon plus émotive lors de leur réveil. La perception subjective de la douleur semblait de même être plus importante pour les enfants qui n'avaient pas été préparés à leur opération par le biais de techniques sophrologiques.



GROS PLAN

Prise en charge

La rencontre avec l'enfant et sa préparation débutent habituellement une semaine avant le jour de l'intervention. Naturellement une telle préparation se fait uniquement avec les enfants dont les parents ont exprimé le souhait de participer au projet.

Avant que l'enfant ne subisse la visite pré-opératoire, une première séance de sophrologie est effectuée. De même j'accompagne et j'assiste l'enfant lors de la prise de sang.

Une deuxième rencontre s'effectue le jour de l'opération. Dans la chambre de l'enfant, les exercices effectués lors de la première rencontre sont passés en revue. J'accompagne l'enfant en salle d'opération et, une

fois celle-ci terminée, je le suis en salle de réveil, où je m'investis pour que ce réveil soit le plus doux possible. Je propose notamment à l'enfant de respirer de manière consciente, comme il l'a appris lors des exercices précédents. Lorsqu'il est bien réveillé et que les paramètres sont stabilisés, les parents sont appelés afin de retrouver leur enfant.

Pendant la première rencontre, j'ai pu constater qu'il est fondamental de saisir comment l'enfant perçoit la situation, sa situation. Pour ce faire, il est important de dialoguer librement avec lui, afin de découvrir la connaissance qu'il a de la situation dans laquelle il est plongé et ce qu'il imagine. Un des objectifs du dialogue est d'expliquer clairement et de manière simplifiée les différentes étapes à venir que l'enfant devra affronter.

Il est évident que la qualité du dialogue est à adapter à l'âge de l'enfant et à ses connaissances, en utilisant les mots appropriés, et en se focalisant sur ses centres d'intérêt, afin de capter son attention.

Le dialogue avec l'enfant est aussi important que celui avec ses parents, qui souvent transmettent directement ou indirectement, plus ou moins inconsciemment, leurs peurs et leur anxiété à leur progéniture. Les étapes que la famille et l'enfant doivent franchir peuvent être difficiles à maîtriser. Du coup, l'idée d'adopter et de proposer des séances de sophrologie pour les parents a fait son chemin dans mon esprit. Le stress que transmettent les parents à leur enfant relève d'après mon expérience de nombreux facteurs. Les causes peuvent être multiples, mais souvent récurrentes ; parmi elles, les expériences négatives subies par les parents, l'angoisse de la souffrance que leur enfant pourrait être amené à devoir subir.

Les conséquences de ce stress émotionnel sont importantes et peuvent se manifester par une opposition de l'enfant aux soins, et par le refus manifeste de coopérer. Il est important d'éviter autant que possible cette situation de rejet, en aidant l'enfant à maîtriser son sentiment de peur lors des différentes étapes de son hospitalisation, grâce à un accompagnement adéquat, épaulé notamment par des techniques sophrologiques.

Aujourd'hui, par rapport aux décennies passées, il est courant d'affirmer que l'approche et la prise en charge émotionnelle des patients ont évolué de manière positive. De nos jours, les outils modernes, les progrès que connaissent les techniques et les procédures, les compétences qui s'affinent, rendent moins traumatique, voire plus agréable, le séjour à l'hôpital pour le binôme enfants-parents.

Note : Dans ce contexte, les professionnels aussi sont amenés à profiter des bienfaits d'une approche visant à amenuiser les difficultés et les angoisses que parents et enfants peuvent rencontrer. En effet, il est manifestement plus agréable et efficace de travailler dans une atmosphère détendue que dans une ambiance fortement anxiogène.

On peut facilement différencier, tant du point de vue du patient que de celui du professionnel, l'hôpital tel que l'ont connu les générations précédentes de celui que nous connaissons aujourd'hui. Les adultes parmi nous pourront peut-être se souvenir, s'ils ont été hospitalisés, d'images et de sensations vécues dans les hôpitaux d'antan. À l'intérieur de l'hôpital, les couleurs, les odeurs, les matériaux et les procédures de prise en charge, tous ces éléments ont fortement évolué ces dernières décennies. De même, la relation médecin-famille-enfant s'est adaptée aux mœurs modernes.

Les relations « mécaniques », quand on entrait le jour X pour subir l'opération le jour Y, ont de moins en moins cours dans nos hôpitaux européens. Les temps sont révolus où l'on ne consacrait pas, ou très peu, de temps à l'enfant pour lui fournir d'éventuelles explications. Les images d'infirmiers et infirmières qui couraient à droite et à gauche sans dire mot se font de plus en plus lointaines. L'image d'hôpitaux aux murs blancs, aseptisés, le parfum d'éther, l'angoisse palpable, l'anonymat sont voués, je l'espère, à disparaître.

Aujourd'hui, l'approche concernant la prise en charge du patient a fondamentalement évolué. Les acteurs du système de santé parlent et jouent avec les petits patients de manière plus systématique. La participation active tant des enfants que de leurs parents est régulièrement souhaitée. De plus en plus d'enfants bénéficient d'une préparation à l'intervention chirurgicale par des techniques de sophrologie.

Grâce aux techniques de sophrologie, notamment au travers des jeux, les enfants manifestent une attitude plus calme, plus coopérative, voire participative, vis-à-vis de leur hospitalisation. Les jeux ne sont naturellement pas l'unique technique à disposition des sophrologues. D'autres techniques de relaxation existent. L'apparition de clowns, et de différentes activités visant à détourner l'attention de l'enfant vers des pensées et sensations positives peuvent rendre le séjour à l'hôpital plus agréable.

Lorsque les patients sont très jeunes, il faut encore davantage prendre en considération l'aspect relationnel. Il faut être à l'écoute de l'enfant de manière encore plus attentive, et savoir lui expliquer, grâce à un vocabulaire qui lui est familier, le but des jeux et donc de la sophrologie.



IMPORTANT

Préparation à l'hospitalisation

Afin d'éclairer l'enfant sur sa situation, il est important d'utiliser ses facultés imaginatives. Il est important de l'accompagner dans un tour virtuel de l'hôpital qui l'héberge, de l'entrée jusqu'à la salle de réveil, en expliquant ce qui se présente à ses yeux en des termes concrets qu'il est à même de matérialiser. À la fin de chaque séance, il est utile de lui demander comment il imagine les événements, et de l'inviter à dessiner ce qu'il a imaginé, en vue de la prochaine rencontre.

Le dialogue et les questions posées à l'enfant doivent être aussi ouverts que possible pour lui offrir une grande liberté dans le choix de ses réponses. Il faut tenir compte de la situation dans laquelle se trouve l'enfant, de son état émotionnel (angoisse, phobies...), de son contexte familial, de ses expériences passées. Tout cela nécessite du temps, une bonne qualité d'écoute et surtout l'établissement rapide d'une relation de confiance.

Dès que le dialogue s'établit avec l'enfant, il faut faire passer certains messages :

- lui montrer la confiance que nous avons en lui ;
- surtout ne jamais dire à un enfant « cela ne fait pas mal », « si tu pleures ta maman sera déçue », « un grand enfant comme toi ne doit pas pleurer » ;
- il faut faire prendre conscience à l'enfant du rôle primordial qu'il joue lors de son hospitalisation ;
- l'inviter à jouer, ce qui lui permet d'atteindre deux objectifs : s'amuser et ne pas avoir peur.

Voici les attitudes prises en considération afin d'analyser l'impact de la sophrologie lors des différentes étapes de l'hospitalisation :

- la peur ;
- les pleurs ;
- la tranquillité, l'assurance de soi ;
- le rire ;
- les mouvements ;
- l'expression corporelle ;
- l'expression verbale ;
- les mimiques du visage.

Les exercices à effectuer sont choisis en fonction du caractère de l'enfant et de son comportement. À la fin de chaque séance, il est utile de préparer les « jeux » à effectuer pour la prochaine rencontre.

3. La sophrologie comme aide à la gestion du stress des enfants

La sophrologie est un moyen privilégié pour l'expression des sentiments parce qu'elle favorise la prise de conscience des sensations et des émotions. Cette technique constitue donc un outil intéressant et utile dans l'apprentissage de la gestion du stress par de jeunes enfants. En effet, elle permet d'engranger les sensations et les émotions, et de les réutiliser au moment opportun. Le travail sophrologique permet de renforcer le sentiment de sécurité, d'affirmer son ancrage par rapport à soi-même. La reconnaissance de l'émotion permet l'acceptation de ses capacités, de son potentiel, et de ses ressources.

J'ai découvert dans le contexte du présent projet une réelle différence lorsqu'on travaille avec des enfants ou avec des adultes. Les adultes sont de manière générale plus renfermés, plus inhibés, ils sont moins ouverts au changement, car ils ont leurs habitudes, ils ont un certain rythme déjà consacré et posent leurs barrières de manière plus palpable.

Les enfants sont spontanés, leur expression et leur comportement sont plus facilement accessibles, lisibles. Ils manifestent clairement s'ils veulent ou ne veulent pas faire un exercice. Quand on fait « des jeux » avec les enfants, la majorité d'entre eux prend du plaisir à participer, car ils vivent des expériences nouvelles, ils découvrent de nouvelles réalités, et suivent les différents exercices avec intérêt jusqu'à la fin. Généralement, en fin de séance, les enfants posent des questions, ils manifestent une activité positive, maints signes qui montrent qu'ils se sentent à l'aise. Les enfants apprécient le fait de voir que les événements se passent de la manière dont ils ont été décrits, discutés. Lorsqu'on leur demande s'ils souhaitent que le sophrologue soit présent le jour de l'opération, ils répondent par l'affirmative. Il est intéressant en termes de comportement de noter que les enfants ne ferment presque jamais les yeux, ou alternent la fermeture de l'un et de l'autre œil, lors des séances de sophrologie.

Comme précédemment indiqué, la sophrologie est un ensemble de méthodes de relaxation permettant de prendre conscience de ses propres émotions, de les contrôler, de les guider. La pratique de la sophrologie, à l'aide de techniques précises, permet de redevenir acteur, « propriétaire » de ses émotions, d'avoir d'avantage

confiance en soi, d'être plus créatif, tout simplement plus conscient. Pour ce faire, la sophrologie utilise différents outils comme par exemple la respiration, des postures spécifiques, la relaxation ou la concentration. La relaxation permet de manière significative de diminuer l'anxiété, le stress et la douleur, chez les adultes et les enfants.



GROS PLAN

La sophrologie expliquée aux enfants

Afin d'expliquer la sophrologie aux enfants, il s'agit de procéder de la manière la plus accessible possible. Il est donc utile de leur demander s'ils connaissent ou ont déjà pratiqué la relaxation, et plus précisément la sophrologie. La réponse est la plupart du temps négative. Il existe cependant quelques enfants qui connaissent déjà la relaxation, ou le terme de relaxation, car ils en ont entendu parler par leurs parents qui pratiquent le yoga, ou d'autres techniques similaires.

L'approche consiste alors à leur demander s'ils possèdent ou ont possédé une peluche, un « doudou » pour dormir, ou un autre personnage, ou un objet (par exemple une couverture) qui leur permet ou leur a permis de se sentir à l'aise ou protégés. Associer la sensation de sécurité, de tranquillité, de bien-être, avec la relaxation, permet aux enfants de matérialiser ce que signifie le terme sophrologie. Pour les enfants qui disent connaître le terme de « relaxation », il est utile de leur demander d'expliquer ce qu'ils en savent, et de compléter leurs informations au fur et à mesure de leurs explications.

Arriver à leur faire remarquer que la relaxation permet de se sentir tranquille, de pouvoir affronter une situation de stress, qu'elle est comme une main tendue qui nous sécurise dans le noir, qui nous accompagne dans l'inconnu, est un pas supplémentaire dans la compréhension de la méthode.

En cas de tension, la proposition de faire un petit jeu sera utile. Les enfants doivent s'arrêter un instant et penser à quelque chose d'agréable, de beau, de plaisant, développer une image positive : le soleil, la mer, la chaleur du sable sous les pieds. Il est bon de les accompagner jusqu'à ce qu'ils trouvent une image qu'ils aiment visualiser. Cette image devra pouvoir être fixée en mémoire. Les aider à contrôler de manière volontaire leur respiration est très important. Afin de faciliter l'apprentissage

de la juste respiration, on peut leur suggérer de penser à leur ventre comme à un ballon qui se gonfle et se dégonfle lentement.

Je me souviens d'une phrase dite par un enfant de dix ans lors d'une séance de sophrologie. Cette phrase résumait bien la sensation vécue : « Le stress, c'est comme quelque chose d'enfermé à l'intérieur d'une bouteille. La relaxation, c'est comme ouvrir la bouteille pour laisser s'écouler la tension. »

L'objectif de la sophrologie en chirurgie infantile est de préparer l'enfant à l'intervention en diminuant son anxiété, en lui offrant la possibilité et les moyens de maîtriser son sentiment de peur lors des différentes étapes de son hospitalisation.

L'émotion est une réaction naturelle de tout notre organisme à un événement, une situation ou une pensée. Il n'y a pas donc pas de bon ou de mauvais sentiment. Toutes les émotions peuvent être selon le cas perçues de manière positive ou négative. Il est essentiel de les laisser se manifester, et pour l'être humain de pouvoir en parler, d'avoir des mots pour raconter les angoisses et les anxiétés perçues. L'émotion peut être un bon moteur producteur d'énergie, une énergie nécessaire pour se défendre ou obtenir satisfaction. Ce qui importe, c'est de repérer si l'émotion est proportionnée, adéquate, appropriée à la situation vécue. Les émotions correspondent à des besoins spécifiques : ainsi la peur est-elle un appel à la protection, une attitude préparant à la défense.

La sophrologie destinée à l'enfant nécessite une approche spécifique, différente de la sophrologie destinée aux adultes. Il faut savoir écouter la demande des parents, mais plus encore écouter l'enfant, et savoir lui expliquer le but de la sophrologie,

ZOOM. Techniques et exercices à mettre en œuvre

Quelle que soit la technique utilisée, elle devra être adaptée à l'âge de l'enfant, à son seuil de fatigabilité, et devra chercher à mettre en jeu :

- les différentes modalités sensorielles (la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat, les mouvements) en cherchant celles que privilégie l'enfant ;
 - l'imagerie mentale : grâce à son imaginaire, l'enfant se concentre ou se focalise sur une situation ou une expérience agréable, cherchant à se rappeler les sensations perçues ;
 - la respiration.
- Apprendre à utiliser sa respiration (exercice du ballon ci-dessous par exemple).
 - Stimuler l'imagerie mentale de l'enfant, afin de recréer chez lui des sensations agréables.
 - Aider l'enfant à connaître son environnement, à percevoir l'espace de la pièce, du lieu hospitalier, afin de le sécuriser.
 - Aider l'enfant à découvrir son corps par le dessin.
 - Amener l'enfant à se relaxer, à percevoir les sensations agréables du relâchement après la tension, à récupérer plus vite en s'entraînant avec la respiration.

Voici quelques exercices permettant de se représenter une séance de sophrologie :

tout en le laissant diriger la séance. S'adapter à l'enfant, c'est utiliser ses mots, le laisser être l'acteur principal de son aventure.

4. Approche pratique

Le jour de la visite préopératoire, l'enfant manifeste souvent des signes de timidité, il a le regard perdu, surtout lorsqu'il s'agit de sa première visite dans un hôpital.

CONSEIL

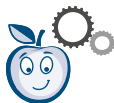
Observer avec attention, mais discrètement, le comportement de l'enfant, ses expressions, ses mimiques, est primordial.

Afin de faire partie au plus vite de son « environnement », il est important de se présenter et de lui proposer de jouer, dès que le moment semble opportun, afin d'établir une relation. La majorité des enfants se montrent d'accord avec cette approche. Pendant la phase de jeu, il faudra poser des questions pour découvrir au mieux l'enfant, son histoire, son éventuel vécu hospitalier, ses dessins animés favoris, ses personnages préférés, ses jeux, ses habitudes... Souvent l'enfant raconte spontanément ce qu'il aime regarder à la télévision, cela permet d'orienter les situations et les jeux que l'on pourra lui proposer.

En suivant les enfants, j'ai constaté qu'il est indispensable d'être au courant du dernier dessin animé, du dernier film pour enfants, mais aussi des différents jeux électroniques (consoles, PlayStation, Nintendo DS, et autres jeux pour PC/MAC...). Cette connaissance est indispensable afin d'assurer le dialogue lorsque les enfants souhaitent faire participer l'adulte au monde qui est le leur.

Et comme l'on voit les enfants plusieurs fois de suite, il est fondamental de se les rappeler en particulier, et d'associer à chacun tout ce qu'il aura souhaité partager, raconter lors des entretiens précédents. Il faut se rappeler, voire noter, tout ce qu'ils apprécient, tant du point de vue des images, des couleurs, que des jeux...

En premier il est évidemment fondamental de se rappeler les prénoms : ceux des parents, des éventuels frères ou sœurs, des amis ; éventuellement les surnoms donnés à l'enfant ; car ce dernier fait beaucoup d'efforts pour s'ouvrir à un étranger, pour se raconter. Il est de la responsabilité de l'adulte, du soignant, de manifester l'importance que tient l'enfant dans la relation. C'est l'une des raisons qui m'ont poussée à partager mon expérience avec d'autres adultes au travers de cet écrit ; en guise de reconnaissance envers les enfants qui ont souhaité partager leurs angoisses, leurs moments de joie, de tristesse, avec l'infirmière que je suis.



CAS PRATIQUE

Lisa : amygdalectomie

J'ai fait mes premiers pas avec une petite fille âgée de six ans à l'époque. L'enfant devait subir une amygdalectomie en raison d'inflammations répétées. L'enfant avait déjà des notions de sophrologie, l'un de ses parents pratiquant la sophrologie avec des adultes.

J'ai donc pensé qu'il serait aisé et utile de débiter avec cette enfant, car elle avait déjà eu l'opportunité de visualiser ce qui se passait lors d'une séance de sophrologie, et avait déjà manifesté le souhait de participer. Je lui ai expliqué un peu plus en détail ce qu'est la sophrologie. À mon grand amusement, quand j'eus terminé mes explications, elle me regarda et me dit : « Moi, je ne veux pas être relaxée, je veux être toute active, remuante... »

Le pourquoi de sa réaction m'interpella, et je lui demandai donc de m'expliquer sa réponse. Elle me répondit que cela lui plaisait d'être comme cela, toute turbulente. Alors, pour amener l'enfant à se relaxer, je lui proposai : « D'accord, on va faire d'autres jeux, un peu différents, si tu es d'accord ; et après tu me diras s'ils sont à ton goût. »

Nous avons continué par la respiration abdominale. Je demandai à l'enfant de s'allonger sur le dos, une petite balle sur le ventre, en lui demandant de la contrôler, de la faire monter et descendre à chaque respiration. Au début elle respirait très vite et riait aux larmes. Au fur et à mesure sa respiration s'est faite plus lente et plus calme, plus contrôlée, et finalement plus naturelle et consciente.

Comme l'enfant adorait les histoires traitant de princes et de princesses, je me proposai de lui raconter une histoire de prince et de princesse, de manière un peu différente des fables traditionnelles, en y intégrant les techniques de sophrologie. Chaque histoire durait entre 20 et 25 minutes. Les exercices terminés, l'enfant me confirmait son bien-être, rendu visible par son attitude « relaxée ». La demande de jeux relaxants se fit spontanément au fil des jours suivants.

Le jour de l'opération, la jeune patiente me demanda si je pouvais lui raconter encore une fois une des histoires. Tout le parcours à travers l'hôpital se déroula de manière très positive, j'oserais même dire de manière encore plus positive que prévue.

Après cette expérience, je me suis engagée auprès d'autres enfants, accumulant de plus en plus d'expériences.

Francesco : amygdalectomie

En me remémorant les enfants rencontrés, je pense au cas de ce garçon qui devait subir une amygdalectomie, il avait 5 ans. Sa mère affirmait que l'enfant était anxieux et peureux, car il avait déjà été opéré un an auparavant et avait gardé un mauvais souvenir de son séjour. Je lui proposai donc, comme aux autres, de faire des jeux avant d'entamer les procédures préopératoires.

Au début, il était réticent, contracté, timide, absorbé, réfugié dans son jeu vidéo. Je lui tendis la main en demandant quel jeu il était en train de faire tourner sur

sa console, qui d'ailleurs était le dernier modèle de la marque. Dès ce moment, il accepta de dialoguer, de m'expliquer les règles du jeu, le fonctionnement de sa console. Il me raconta qu'il aimait beaucoup nager. Lentement et naturellement, il s'ouvrit sans crainte.

Après l'avoir écouté, je lui proposai d'aller à la piscine, de façon imaginaire. Il devait se déplacer jusqu'au bord de la piscine, mais avant d'entrer dans l'eau, comme tous les sportifs il fallait bien respirer, jusqu'à sentir le ventre se gonfler et se dégonfler. Je lui demandai d'imaginer son ventre comme un ballon qui se gonfle à chaque fois que l'air l'emplit, et qui se dégonfle à chaque fois que l'air est expiré. Je lui fis remarquer qu'il était important de le faire lentement, de prendre le temps de sentir le « ballon » se gonfler et se dégonfler. Après quelques respirations, je lui proposai d'entrer dans l'eau. De s'immerger tout doucement, en laissant entrer un pied, puis l'autre. Jusqu'à ce que tout le corps s'immerge dans l'eau tiède de la piscine.

Après avoir terminé le voyage imaginaire, l'enfant me dit : « Cool ton histoire, je n'ai pas eu froid, ni peur... J'ai aimé ce jeu. » J'ai alors demandé s'il avait envie que je l'accompagne le jour de l'opération. Il marqua son accord avec plaisir.

Le jour même de l'opération, l'enfant attendait dans son lit sa console à la main. Dès qu'il me vit, il la posa ; j'en profitai pour pratiquer une ultime séance de sophrologie. Après l'opération, le réveil se produisit dans d'excellentes conditions.

Fiche

Quelques techniques

La relaxation et la respiration

Dès l'âge de trois ou quatre ans la respiration et la relaxation peuvent aider l'enfant à réduire son anxiété. Elles sont très utiles pour contribuer à la gestion de la douleur procédurale² et sont de même efficaces dans le contrôle de la douleur chronique. On demande à l'enfant de respirer profondément, de gonfler ses poumons « de sentir... entendre... écouter » l'air entrer et sortir de ses poumons, en respirant de plus en plus lentement et profondément. Cette technique qui focalise l'attention des enfants sur leur activité respiratoire, réduit leur tension musculaire, détend leur diaphragme et augmente l'oxygénation du corps. Il faut expliquer à l'enfant qu'il n'est pas utile de retenir le souffle pendant un traitement douloureux ou lors d'une sensation engendrant la peur, car cela augmenterait la tension et la douleur perçue.

La distraction

La distraction est une technique non pharmacologique d'application simple et immédiate qui ne nécessite aucune instruction particulièrement poussée et qui fournit d'excellents résultats eu égard à la facilité de mise en œuvre. La distraction implique l'utilisation d'objets appartenant ou non à la vie quotidienne de l'enfant, qui, introduits dans le monde hospitalier, captent son attention et éloignent la peur et l'anxiété face à la douleur perçue ou attendue.

.....

2. La douleur procédurale est la douleur associée aux traitements visant à vaincre la maladie.

On peut utiliser des livres, des vidéos, des jeux, de sorte que l'enfant s'engage dans des activités mentales non focalisées sur sa situation à l'hôpital. Une forme particulière de distraction est la participation active, elle consiste à faire participer activement l'enfant aux procédures douloureuses (prise de sang, injection...). De cette manière, il est possible de détourner son attention, en attirant sa concentration sur l'importance de sa collaboration, ce qui a pour conséquence de lui permettre de contrôler indirectement ses sensations physiques.

Les bulles de savon

Les bulles de savon sont un puissant outil de distraction et de détente, surtout pour les enfants en dessous de l'âge de la scolarité. La plupart des enfants connaissent déjà ce jeu ce qui en augmente la familiarité. Le(s) jeu(x) pourront consister à noter le nombre de bulles, leur couleur, leur dimension... La génération de bulles a en outre un effet relaxant de par l'expiration nécessaire à leur production.

La visualisation

La visualisation est une technique qui utilise l'imagination de l'enfant. L'enfant se concentre sur une image mentale ou sur une expérience agréable au lieu que de se focaliser sur sa douleur. Lors de la visualisation on fait tout d'abord détendre l'enfant, puis on le conduit à imaginer une situation et/ou un lieu qui lui plaise particulièrement. Il est important d'inviter l'enfant à utiliser ses cinq sens. L'inviter à voir les détails, les couleurs, les parfums, les sons et les bruits. En se concentrant sur les détails de ce qu'il a imaginé, l'enfant détourne son attention de l'anxiété latente qui perd ainsi en importance.

Quelle technique choisir pour quel enfant ?

Afin de choisir la technique la plus appropriée il est nécessaire d'évaluer la personnalité de l'enfant. La respiration et la relaxation sont les plus appropriées pour les enfants ayant une bonne capacité de concentration et d'autocontrôle. Par contre, pour des enfants plus dynamiques et extrovertis la technique de la distraction amène des résultats plus probants.

Un autre critère de sélection de la technique à adopter est l'âge de l'enfant. Le tableau repris ci-dessous répertorie quelques techniques parmi les plus appropriées pour les différents groupes d'âge (**tableau 26.1**).

Tableau 26.1. Groupes d'âge et techniques.

Âge	Techniques
0-2 ans	Contact physique avec l'enfant, utilisation du toucher, des caresses, le bercer, écouter de la musique, positionner des jouets au-dessus de son berceau
2-4 ans	Jouer avec poupées ou des marionnettes, raconter des histoires, lire des livres, techniques de respiration, jeu des bulles de savon.
4-6 ans	Techniques de respiration, la narration d'histoires, jouer avec des poupées ou des marionnettes, parler des endroits de prédilection, regarder la télévision, techniques de visualisation, rendre l'enfant participatif et conscient de son importance dans le processus hospitalier
6-11 ans	Musique, techniques de respiration, compter, regarder la télévision, parler des lieux de prédilection...
11-13 ans	Musique, techniques de respiration, techniques de visualisation.

Quelques exemples de jeux

Exercices de pratique

Jeu de la balle³

Je propose à l'enfant de prendre place sur son lit et de s'allonger confortablement sur le dos. Dès qu'il se trouve en position commode, je lui explique le déroulement de la séance. Après avoir donné les explications, je lui propose de commencer dès qu'il sera prêt. Je débute le jeu en lui mettant une petite balle sur le ventre ; et à partir de ce moment je lui demande d'essayer de soulever lentement la balle en respirant, de manière à ce que son ventre la pousse lentement vers le haut. Dès qu'il arrive à réaliser ce petit exercice, je le complimente : « Bravo, la balle est en train de monter, tu la contrôles de mieux en mieux. » Je lui fais noter que la balle monte grâce au contrôle de sa respiration. « Maintenant laisse descendre lentement la balle en dégonflant doucement ton ventre tout en rejetant l'air par la bouche. » Dès que l'enfant respire de manière contrôlée, je lui propose ceci : « Si tu veux, on peut refaire ce jeu, on le fait ensemble : on gonfle et on dégonfle le ventre à la même vitesse. »

L'enfant répète cet exercice jusqu'au moment où je vois que sa respiration est plus calme.

.....
3. Cf. Peretti, 2007, p. 50.

Jeu de la maison

« Maintenant que tu te sens plus calme, on va faire le jeu de la maison. Tu vas visiter ta maison. Si tu es d'accord, on peut commencer. La maison est ton corps. Je vais appeler les différentes parties de ton corps et tu pourras les toucher avec tes mains et sentir que, tandis que tu en fais la visite, tes muscles se relâchent. Tu éprouves la même sensation que lorsque tu te reposes : tes muscles se détendent. Tu peux prendre tout ton temps pour bien découvrir ta maison. Comme pour le jeu de la balle, la respiration est très importante, elle doit être lente, régulière et calme.

Tu peux commencer par ton visage : tu le touches de tes deux mains ; puis tu détends ton front, il est lisse comme un lac calme et paisible.

Tu passes ensuite à tes yeux, tu peux les toucher, et si tu le désires fermer les volets (tes paupières) ; tu pourras ainsi regarder ta maison et ses différentes pièces avec plus de tranquillité. Tu seras beaucoup plus tranquille.

Maintenant, touche ton nez, tu peux sentir l'air froid qui rentre à chaque respiration pour ensuite laisser sortir l'air chaud ; tu peux sentir l'odeur de tes mains.

Tu peux continuer la visite en touchant ta bouche, elle te permet de rejeter l'air pendant la respiration ; et aussi de manger, de parler, de donner des bisous...

Maintenant, tu peux toucher tes oreilles, elles te permettent d'entendre ce que tes copains te disent, mais aussi d'écouter tes parents. En ce moment, tu pourrais mettre un casque de pilote pour écouter ma voix, pour éviter d'entendre d'autres bruits qui ne sont pas importants. Bravo.

En visitant ta maison tu pourras te sentir plus à l'aise, plus relaxé.

Continue la visite et donc aussi ta détente. Tu touches ton cou, tes épaules. Au fur et à mesure tu te relaxes de plus en plus.

Tu te rends vers tes bras pour arriver à tes mains. Tu utilises sans cesse tes mains, elles sont très importantes, comme le reste de ton corps. Elles te permettent de prendre des objets, de sentir leur poids, de découvrir leur surface, de percevoir si elle est lisse ou rugueuse ; elles te permettent d'écrire, de toucher ton corps... Quand tu les utilises, tes mains sont crispées, alors maintenant détends-les complètement. Tu te rends compte que la détente va jusqu'au bout de tes doigts.

Maintenant tu descends encore un peu plus, tu touches ta poitrine. À l'intérieur se trouvent tes poumons, essentiels à ta respiration. Pose tes mains sur ta poitrine, gonfle-la et dégonfle-la pendant quelques respirations.

Ton trajet continue vers ton ventre. Te rappelles-tu le jeu de la balle ? Le ventre qui se gonflait en soulevant la balle à chaque respiration ? Tu te souviens lorsqu'il

se dégonflait chaque fois que tu rejetais l'air par la bouche ? C'était amusant, cela faisait du bien.

Tu sais qu'en respirant ainsi tu détends les muscles du bas du dos. C'est agréable, c'est comme si tu desserrais une ceinture trop serrée, pour mieux respirer.

En continuant ton voyage, tu touches tes jambes jusqu'à arriver à tes pieds. Tu as besoin de tes jambes pour courir avec tes copains, pour jouer au football et surtout pour te tenir debout. C'est formidable ! Prends ton temps pour toucher tes orteils, ils t'appartiennent, ils sont à toi.

La détente qui relâche tes muscles te permet de reconnaître ton corps et donc de reconnaître toutes les parties de ta maison. »

Spaghetti crus et cuits

« Je te propose de te mettre debout pour ce jeu. Avant de commencer, je t'explique d'abord comment jouer à ce nouveau jeu.

Lorsque tu es fâché avec quelqu'un, mais aussi quand tu as peur de quelque chose que tu ne connais pas, par exemple la visite à l'hôpital, ton corps réagit. Il réagit différemment selon que tu es tranquille ou crispé. Lorsque tu es crispé, tes muscles sont tendus, ton visage l'est aussi, ta respiration est plus rapide que d'habitude.

Maintenant, essaie de penser à un moment où tu es détendu : par exemple lorsque tu es allongé sur le canapé et que tes muscles sont relâchés, relaxés ; ou après les jeux de la balle et de la maison. Tu te sens à l'aise, tranquille. Ta respiration est calme, lente.

Pour arriver à retrouver ce calme, je te propose le jeu des spaghettis crus ou cuits. Imagine des spaghettis crus : ils sont raides, tu n'arrives pas à les plier, car ils se cassent.

Essaie de faire maintenant comme les spaghettis crus : tu es tout droit, tout raide, contracté, les muscles de ton visage et de ton corps tout entier sont crispés. Tu serres très fort tes mains, ta respiration est rapide. On ne se sent pas bien dans cet état. On ne se sent pas bien d'être comme des spaghettis crus.

Je te propose de continuer le jeu des spaghettis. Pour pouvoir te sentir comme tu aimes te sentir. Essaie de bien respirer avec le ventre, respire lentement. Essaie d'ouvrir les mains, au fur et à mesure que ta respiration se calme. Ton corps va devenir plus mou, plus élastique. Tu dois t'asseoir, car ton corps est tellement mou, relaxé que tu n'arrives pas à te tenir debout. Tu es comme ces spaghettis

« cuits que tu as déjà vus dans un plat. Mou, élastique et relaxé, tu te sens mieux. Il est nettement plus agréable d'être comme des spaghettis cuits. »

5. Conclusion

Au vu des résultats obtenus, je souhaite continuer de manière encore plus intensive la pratique des techniques de sophrologie au sein de mon établissement. Pour ce faire, il est nécessaire d'avancer à petits pas, pour que chacun au sein de l'hôpital puisse prendre conscience de l'intérêt de la méthode. La direction, les équipes soignantes, les parents, et en premier lieu les enfants, seront les premiers à pouvoir en tirer un bénéfice palpable.

La réalisation du projet n'a pas toujours été aisée. J'ai rencontré des difficultés. Il arrivait qu'un enfant ne veuille pas participer, que cet enfant ne veuille même pas écouter, refusant toute forme de dialogue. Il m'est arrivé de rencontrer ce type de phénomène surtout lorsque les parents désiraient participer à la séance, certains essayant même de prendre le rôle du sophrologue. Dans ce cas les enfants restaient « collés » à leurs parents, sans arriver à s'ouvrir, ni à se relaxer. Les parents essayant instinctivement de protéger leurs enfants de l'angoisse, de la peur, ces derniers se refermaient dans l'enceinte protectrice, ne voulant d'aucune manière s'en évader. Cette attitude leur ôtait cependant la possibilité de gérer de manière différente le stress, qui allait en s'accumulant.

Les excuses produites par les parents d'un enfant qui ne voulait pas dialoguer ne faisaient qu'isoler d'avantage l'enfant, le cloîtrer encore plus. Il fallait donc d'abord donner des explications, calmer au mieux ces parents qui reversaient leurs angoisses sur leurs enfants. Leur faire comprendre que la sophrologie pouvait aider leurs enfants à mieux affronter la situation de stress, dans le cas présent l'hospitalisation. Tenter de les convaincre qu'au travers, entre autres, de jeux ciblés, d'excellents résultats pouvaient être obtenus. Depuis lors, j'ai toujours proposé, quand les parents l'acceptaient de façon positive, de les faire attendre en dehors de la pièce.

Une autre difficulté à laquelle je me suis souvent heurtée est le temps souvent limité mis à ma disposition pour effectuer l'ensemble des séances. Il est regrettable de ne pas avoir tout le temps que l'on souhaiterait consacrer aux enfants qui sont opérés dans la même journée. Certains jours, le nombre d'opérations est tellement élevé qu'il faut rapidement décider quel enfant aura le plus besoin d'aide, afin de gérer le stress qui l'accompagne. Il arrive aussi que des urgences ou des activités imprévues fassent que le calme nécessaire à la relaxation soit peu ou pas disponible. Capter

Tableau 26.2. Tableau des valeurs comportementales.

Comportements à valeur reconnue comme négative	• peur • pleurs
Comportements à valeur reconnue comme positive	• tranquillité • assurance de soi • rire
À ces comportements on associe les valeurs suivantes : 0, 1, 1,5, 2.	
Comportements pouvant apparaître comme négatifs ou positifs	• mouvements • expression corporelle • expression verbale • mimiques du visage
À ces comportements on associe les valeurs suivantes : - 2, - 1,5, - 1, 0, + 1, + 1,5, + 2	

l'attention de l'enfant se fait donc avec plus d'efforts, et ce d'autant plus quand certains enfants sont hospitalisés dans des chambres à deux lits.

Finalement, je tiens à souligner ce que j'avais dit auparavant : il est indispensable de s'assurer de la collaboration de tous les acteurs, plus ou moins directs, lors de l'hospitalisation de chaque enfant, afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles. En ce sens, j'ai eu beaucoup de chance et je profite de l'occasion pour remercier tous les parents, médecins et collègues qui m'ont aidée et soutenue dans l'exercice du présent projet.

6. Grille de comportements

Afin d'évaluer le comportement des enfants, j'ai réalisé un tableau associant à chaque typologie comportementale une valeur positive ou négative. Les questions posées aux enfants doivent être aussi ouvertes que possible, permettant ainsi une grande liberté dans le choix des réponses.

Il faut tenir compte de la situation dans laquelle se trouvent les enfants : leur état émotionnel (angoisses, phobies), leur contexte familial, leurs expériences passées. Tout cela nécessite un certain temps, une bonne qualité d'écoute et surtout l'établissement rapide d'une relation de confiance.

La prise de contact avec l'enfant et sa famille est très importante. Dès que le dialogue s'établit, il faut chercher à adapter le langage, le vocabulaire choisi, aux enfants qui participent à l'expérience.

Certains messages sont indispensables à faire passer :

- la confiance que nous avons en l'enfant ;
- le rôle primordial qu'il joue.

Le **tableau 26.2** donne la structuration des valeurs comportementales. Une explication plus détaillée des comportements analysés se trouve incluse dans le tableau des valeurs comportementales suivant (**tableau 26.3**).

7. Bibliographie

Livres

AMYOT I., BERNARD-BONNIN A.-C., PAPINEAU I. (2004). *Le Séjour de mon enfant à l'hôpital*, Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

COHEN-SALOMON D., GALLAND F. (2001). *Et si je n'ai pas sommeil ? Propos autour de l'anesthésie de l'enfant*, Paris, Association Sparadrap.

MINGUET. B. (2004). *Préparation des enfants à l'intervention chirurgicale : la place du dispositif de jeu dans l'information de l'enfant à l'hôpital*, colloque « Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires ? », 5 octobre, Paris, Association Sparadrap.

PERETTI N. (2007). *Relaxations créatives pour les enfants*, Gap, Le Souffle d'or.

Autres

CAPRILLI S. *Tecniche non farmacologiche e bambini*, Firenze, <http://www.psicolinet.it>.

FOURNIER-CHARRIERE E. (2005), *L'échelle employée est-elle validée ?* Hôpital Bicêtre.

PEDIADOL, Ateliers thématiques, 14^e journée Unesco, *La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?* Paris, 2007.

Tableau 26.3. Tableau des valeurs comportementales détaillé.

	-2	-1,5	-1	0	+1	+1,5	+2
Peur, anxiété	Enfant agressif Qui crie et bouge beaucoup	Peur du regard Signe d'agitation	Peur du regard, timide	L'enfant est calme Ne montre pas d'anxiété, de peur			
Peur	Présents ; enfant inconso- lable par le soi- gnant et/ou les parents	Présents au réveil ; Enfant inconso- lable par le soi- gnant et/ou les parents	Présents pen- dant les soins et/ou actes infirmiers ou médicaux	Absence			
Tranquillité				Écoute atten- tive	Tranquillité modérée	Sérénité, calme	Totalement tranquille
Rire				Quelques signes de sou- rire	Sourire	Rire	Rigole +++
Mouve- ments	Agitation désor- donnée et intense, risque de se faire mal, l'enfant peut rester immobile dans sa position	Attitude inhabi- tuelle, agitation modérée, l'enfant ne tient pas en place, change de posi- tion sans cesse	Agitation légère, l'enfant bouge avant et après les actes	L'enfant reste immobile	L'enfant bouge pendant les actes et/ou pen- dant son réveil, mais il reste dans son lit et il et facilement consolable, il collabore en partie	Enfant éveillé et calme ou endormi ; il se mobilise comme d'habi- tude, il colla- bore plus activement	Attitude habi- tuelle, l'enfant collabore tota- lement

Tableau 26.3. (suite).

	-2	-1,5	-1	0	+1	+1,5	+2
Expression corporelle	L'enfant est contracté, accroché aux bras de ses parents ou d'un soignant	Position jambes fléchies sur le tronc, bras croisés sur le corps, inconfort global	Enfant calme mais avec des signes légers de contraction au niveau du corps	Apathie générale	Enfant calme, il ne ferme pas les yeux pendant les exercices	L'enfant observe ce qui l'entoure son réveil, il reste calme décontracté	Enfant calme et/ou endormi, il respire normalement, totalement décontracté
Expression verbale	Communication agressive	L'enfant ne parle pas beaucoup et/ou il répond aux questions avec des signes de la tête ou avec son corps	Ne parle pas beaucoup, accessible aux questions et aux tentatives de réconfort	Ne parle pas, il est accessible aux tentatives de réconfort	L'enfant participe mais le dialogue n'est pas complet	L'enfant parle avec une voix normale, il répond aux questions	L'enfant participe et le dialogue est plus soutenu
Mimiques du visage	Visage contracté. Peur du regard, La recherche de points de référence de manière insistante	Visage contracté, peur du regard et/ou recherche de points de référence	Visage pensif (bouche et/ou yeux légèrement contractés)	Aucune expression	Visage légèrement tendu	Visage détendu, serein, calme	Visage détendu, serein, calme et souriant

Chapitre 27

La sophrologie avec les enfants

JEAN-FRANÇOIS FORTUNA

> Pourquoi ce chapitre ?

D'une manière générale, notre rôle pourrait se situer à tout ce qui touche à la personne elle-même, en lien avec la vie, la santé, les besoins.

Les gens avec lesquels nous travaillons ne doivent jamais être considérés comme des malades à soigner, mais comme des êtres qui, comme nous, ont soif et faim d'un certain épanouissement.

Sommaire

1. Le développement sensoriel et affectif des enfants.....	622
2. Quelques règles générales.....	625
3. Techniques de relaxation « sophronisantes ».....	639
4. La psychopathologie et la pédopsychiatrie.....	649
5. Potentiels, caractéristiques d'évolution et limites.....	652
6. Bibliographie.....	653

1. Le développement sensoriel et affectif des enfants

En sophrologie nous sommes plutôt attentifs, concernés, préoccupés par la façon dont un enfant va développer son « être au monde » vers l'épanouissement de son individualité. Cela passe par le corps et l'être bien dans son corps, être bien dans sa

peau, se situer par rapport à eux et pouvoir exprimer son ressenti. Alors, notre aide peut aussi se développer dans la proposition d'autres manières de faire, générant d'autres ressentis. Ces nouvelles pistes étant ouvertes, la liberté du choix peut s'exercer de meilleure façon.



GROS PLAN

Selon les tranches d'âge, les niveaux de développement, de connaissances et de capacités sont à chaque fois des mondes nouveaux. Il y a à s'adapter, en tenant compte de différents tempéraments :

- l'enfant qui travaille seul lorsqu'il a eu toutes les explications ;
- celui avec qui nous avons un rôle d'entraîneur qui valorise, conforte, exhorte ;
- celui qui fonctionne selon le mode « ordre-récompense » ;
- et celui qui a besoin que l'on prenne soin de lui.

De la naissance à 6 ans

Les premiers stades de développement sensoriel et affectif ont lieu de la naissance à environ six ans. Période pendant laquelle l'enfant développera toutes ses capacités intuitives, ses facultés créatrices et son pouvoir d'imagination, grâce aux jeux de l'imaginaire, qu'il ne distingue du « réel » que progressivement.

L'école élémentaire s'adresse essentiellement aux structures logiques et mentales de l'enfant, trop brusque changement qui génère fréquemment des échecs scolaires. En effet, les enfants répondent encore souvent de façon affective à l'attente rationnelle et objective de l'éducateur, cultivant au moindre échec l'angoisse d'être abandonnés ou jugés.

De quatre à douze ans, l'apprentissage de la relaxation lui permet de prendre conscience des contours et des possibilités de bien-être de son corps. Elle peut également éveiller en lui le désir de s'exprimer librement dans le domaine du dessin, de la peinture, l'expression corporelle, ou de faire naître le besoin d'inventer d'autres histoires.

Le conte, uni à la musique, reste l'un des plus puissants et merveilleux moyens d'ouvrir les portes de l'imaginaire et de la poésie.

Les enjeux ?

- enrichir le modèle postural ;
- rendre plus conscient le schéma corporel ;
- compléter l'image du corps ;

- pour donner à l'enfant puis à l'adolescent plus de chances d'être mieux dans sa peau et de devenir un adulte bien épanoui et équilibré dans son monde.

Note : Nous devons avoir à l'esprit la nécessité d'une démarche pédagogique quant à l'apprentissage de la conscience du corps avec les enfants.

La conscience de soi étant avant tout la conscience du corps (c'est ce qui permet de se sentir exister face à l'autre), cela nécessite l'apprentissage de l'anatomie par l'expérience sentie. Le langage renforce cette prise de conscience. Nous verrons de ce fait l'importance de notre logos.

L'apprentissage du contrôle corporel et de la respiration donnera le sens de ce à quoi il sera nécessaire de porter attention. C'est un travail d'acceptation, un investissement narcissique du corps, source de plaisir et de bien-être. C'est un acte volontaire dans lequel mental et physique sont étroitement imbriqués l'un dans l'autre.

C'est dans l'action que l'enfant apprend progressivement à connaître son corps. Avec les mots mis dessus, le senti du corps amène cette connaissance qui va devenir physique, mentale et langagière. C'est ainsi que l'enfant va apprendre à l'utiliser, progressivement aussi : en fonction des sollicitations de son entourage et de la découverte du pouvoir qu'il a en contrôlant et dirigeant ses actions selon ses désirs.

Se concentrer sur une activité, être à l'écoute, retenir ses mouvements, maîtriser ses pulsions, tout cela devient possible. Donc :

- nommer les différentes parties ;
- les montrer ;
- les toucher sur soi, sur une image ou celle du miroir ;
- guider au besoin dans les gestes et les mouvements ;
- faire rechercher mentalement avec les yeux fermés et guidé par la voix de l'adulte.

Pour nous tous, adultes qui souhaitons faire ce travail avec des enfants, il faut nous entraîner nous-mêmes pour ressentir ce que nous voulons leur faire ressentir, avec les mots et la manière dont nous pensons nous y prendre. Nous pouvons alors faire notre propre autocritique et modifier en conséquence notre approche de l'« être enfant ».

Il est bon de faire intervenir les cinq sens à chaque fois que cela est possible tant dans l'expérimentation que dans notre logos, ceci afin de permettre à l'enfant de se construire ses bases de références propres. Les images mentales de l'enfant pourront ainsi se structurer sur ces bases connues, permettant ultérieurement l'analyse d'une situation en restant calme, sans peur d'une agression extérieure, puisque ses relations au monde lui seront devenues familières.

Je proposerai, pour commencer, la présentation des composantes d'un processus évolutif général, puis la présentation de différentes méthodes utilisables avec les

enfants, leurs avantages et inconvénients, les applications dans différentes situations.

2. Quelques règles générales

Les particularités de l'enfance

L'enfance, contrairement aux croyances des adultes, est le domaine d'élection des peurs imaginaires, dont les causes sont en nombre imprévisible et infini. Si la découverte d'un élément nouveau pose des difficultés à l'enfant et s'il n'a pas les moyens de les résoudre, la traduction directe en sera l'anxiété. De plus, tous les enfants traversent des périodes de difficultés affectives face aux parents, aux frères et aux sœurs, à l'entourage. Rares sont ceux qui n'ont pas, ne serait-ce que pendant de courtes périodes, des difficultés scolaires.

Ainsi voit-on avec quelle facilité l'angoisse peut devenir la compagne d'un enfant. Certains en donnent des signes extérieurs flagrants (base d'anorexie, d'énurésie ou de comportements subitement excessifs tels que les caprices, les colères, de l'agressivité, troubles de l'attention, du langage, de lecture, des tics, diverses maladies d'origine psychosomatique). Beaucoup d'autres n'expriment leurs difficultés qu'au travers du sommeil.

Les crises d'angoisse apparaissent ponctuellement à certaines phases du développement, matérialisant une prise de conscience difficile, une inacceptation de la réalité que découvre peu à peu l'enfant. « Tout enfant, même le plus normal, est sujet à angoisse » écrivait Freud. On sait maintenant qu'outre les épisodes dus aux poussées dentaires et aux maladies infantiles, la principale cause d'insomnies chez l'enfant reste l'anxiété.

Pensons à la fantastique évolution que va devoir vivre l'enfant pour acquérir une existence autonome, prenant chaque jour conscience de ses possibilités corporelles, de ses rapports avec le monde extérieur, percevant, imitant, assimilant les innombrables découvertes de sa vie quotidienne.

L'information des parents

En plus de l'obligation légale du fait de la responsabilité juridique, il s'agit de créer une collaboration naturelle. Visant l'autonomie, les enfants auront des exercices à refaire seuls chez eux. Ils les feront ou non, mais il est clair que l'attention des parents favorisera ce travail et son évolution.

Dans l'évolution, le changement va opérer et, avec lui, les modifications à prévoir dans les interactions avec la famille. Les parents ont besoin aussi de comprendre et de savoir ce qui se passe, sans trahir pour autant le secret professionnel. Plusieurs cas de figure se présentent à nous :

- les parents comprennent mal notre travail et veulent intervenir, ce qui met l'enfant en porte-à-faux entre eux et nous ;
- les parents interrogent leur enfant et veulent que tout leur soit raconté ;
- les parents nous font confiance et tout va bien ;
- les parents coopèrent et deviennent partie prenante.

Dans tous les cas, c'est une relation à trois qu'il nous faut gérer en expliquant, en apprenant, tout en évitant de donner des conseils autres que ceux relatifs à ce que l'on fait. Pour nous cependant, il est bon de savoir que les changements opèrent à différents niveaux, pas forcément ensemble :

- au niveau du savoir, des connaissances (apprendre à respirer autrement et/ou à se relaxer apporte des connaissances et des sources de connaissances autres que celles connues jusque-là) ;
- au niveau des façons de vivre les événements de la vie et des enseignements reçus (qui sont remises en cause de par le vécu d'expériences de conscience différente) ;
- au niveau du rôle (dans mon travail de sophrologue je dois tenir compte que la personne que j'entraîne a une position de vie qui n'est pas forcément la mienne). D'où l'importance de vérifier notre positionnement ;
- au niveau des valeurs : conception de l'autre, de sa famille, de ce que nous apportons (comme, par exemple, la liberté d'exprimer et de nommer les émotions vécues sans être moqué ou dénigré).

L'attitude du sophrologue

Nous devons être pleinement concentrés sur ce qui se passe.

Le sophrologue est ce qu'il est, en accord avec lui-même. Dans la relation aux enfants, si l'impatience nous gagne, inutile de faire des efforts pour se maîtriser, il vaut mieux verbaliser son ressenti, avertir qu'il y a des limites au-delà desquelles le cadre n'est plus respecté. Il vaut mieux annuler une séance plutôt que de la faire dans de mauvaises conditions, mais en expliquant. La sincérité de part et d'autre, sans tricher, mais dans l'acceptation de tout enfant comme une personne à part entière, avec ses faiblesses et ses qualités, peut être expliquée aux enfants.

Il n'y a ni punition, ni récompense. Par le respect du rythme de maturation de chacun, la progression devra mener l'enfant à être content de lui-même, en travaillant pour

lui-même, à sa mesure, avec un bénéfice pour lui-même. Aussi, il nous appartiendra de l'aider dans ses difficultés afin de lui éviter la peur d'échouer et de se fournir à lui-même la preuve de son incompétence. Pour les aider à surmonter une éventuelle inhibition, dans les difficultés d'expression il est nécessaire d'encourager la verbalisation et de demander leur acceptation pour dire avec nos mots ce qu'eux veulent dire. Nous devons vérifier ensuite si notre interprétation correspond bien à ce qu'ils pensaient.

Nous aussi, adultes, pouvons nous tromper. Reconnaissons-le devant les enfants. Et quelle que soit notre attitude vis-à-vis de chacun, encourageante, ferme, douce ou autre, nous nous interdirons tout chantage affectif.

Note : Le niveau sophro-liminal n'est pas obligatoire.

Yeux ouverts ou pas, immobilité ou pas, peu importe. L'important c'est ce que font les enfants, ils ont leur évolution psychologique et biologique, il nous appartient de la respecter. Mais un seul contrat de départ : pas de chahut. Si un enfant veut venir à côté de l'adulte, on laisse faire.



GROS PLAN

Le premier entretien

Il sera déterminant et notamment notre attitude :

- Pourquoi sommes-nous là ?
- Neutralité maximum et position d'accueil bienveillant de notre part, ce qui implique un travail sur soi.
- Authenticité de notre part : nous émettons des signes à notre insu que l'inconscient (ou le conscient) de l'autre perçoit.
- Respect envers l'autre.
- Si l'on prend des notes, nous expliquerons à quoi elles nous servent et demanderons l'accord.
- Remercier les parents et l'enfant de la confiance (même relative) qu'ils placent en nous.
- Relativiser cette confiance en rappelant que la sophrologie est une histoire d'entraînement personnel.

La relation

En général l'enfant adhère pleinement à ce que nous avons expliqué s'il l'expérimente ensuite. Ceci sans restriction rationnelle ou de conception au regard de ce qu'il éprouve. Après deux ou trois séances, il est nécessaire de vérifier s'il est toujours

d'accord pour continuer la suite du plan de travail. Lors des rencontres, tout le vécu partagé avec l'adulte renforce les liens et la confiance. De plus, ils créent des repères dans la progression d'une meilleure connaissance de soi.

Chaque expérience vécue en sophrologie peut-être intégrée dans sa vie quotidienne : le sentiment, l'émotion, la connaissance vécus par la respiration, la relaxation, l'imaginaire mobilisé sont intégrés dans son quotidien, dans sa façon de vivre ici et maintenant, tout au long de ses journées.

Sans préjugés ni jugements de valeurs, l'enfant peut être pour nous un instructeur en nous rappelant certaines valeurs que quelquefois nous oublions, comme la justice et la justice par exemple. Nous veillerons à inciter les enfants à appliquer le vécu de ces séances dans leur vie quotidienne, en leur donnant des exemples au besoin (penser à faire les exercices « bras pliés-bras relâchés » quand on se sent énervé, faire de la boxe sur un coussin...).



GROS PLAN

Alliance thérapeutique avec l'enfant

L'alliance devra être forte pour que l'enfant puisse s'y appuyer et y trouver la stabilité nécessaire à son évolution si d'aventure il devait se retrouver en conflit de loyauté au regard de sa famille (soit un conflit intra-psychique né de l'impossibilité de choisir entre deux situations possibles, comme par exemple ce qu'il apprend avec nous qui peut être bien différent de ce qu'il apprend avec ses parents) ou tout simplement perdre ses repères habituels au cours de son processus de maturation.

Comment instaurer cette alliance :

- S'adresser à l'enfant comme à une personne, avec la même considération et un langage correct (l'abus de positionnement est si facile...).
- Connaître son nom et son prénom sans se tromper (il sait que je sais à qui je m'adresse, lui et pas un autre).
- Mettre en place des règles des séances (ponctualité, liberté de faire ou de ne pas faire, respect des autres et du lieu, être respecté par la garantie du secret et la confiance mutuelle).
- Annoncer la durée dans le temps de nos rencontres ainsi que leur fréquence.
- Informer de l'indépendance par rapport aux parents, sans prendre leur place mais avec l'obligation de leur donner un minimum d'éléments de par leur droit de regard légal.

L'explication initiale

La première séance constitue un point de départ qui ne prend son sens que dans la mesure où est indiquée la direction générale, l'existence d'un processus dynamique progressif où cette séance n'est pas présentée comme une fin en soi, mais au contraire comme un commencement impliquant un projet, aussi bien de sa part que de la nôtre. Nous pouvons expliquer le déroulement des séances de cette façon.

CONCENTRATION SUR UNE IMAGE DE CALME, EXERCICES, RELAXATION, REPRISE

Exemples de pratique

« Si tu ne t'entraînes pas, personne le fera à ta place. »

« L'important, au début, c'est ce que tu fais pour arriver à te détendre et ce que tu sens dans tes bras, dans ton corps pendant que tu le détends. »

« Tu refais chez toi ce qu'on a fait ici : d'abord, tu regardes dans ta tête une image de calme. Puis tu laisses se décontracter ton corps, c'est-à-dire que ton corps deviendra calme et souple. Et à la fin tu feras ce qu'on appelle la reprise, tu remettras tes muscles comme ils sont d'habitude, en pliant les bras et en respirant très fort. Et puis tu pourras te lever parce que la séance sera terminée là. »

« La relaxation va te permettre peu à peu de te sentir autrement, d'échanger l'état de tension-contraction contre un corps solide et fort justement parce que tu auras appris à le sentir et le faire devenir calme, tranquille. »

Expliquer la notion de tension et relâchement avec **l'exercice de la ficelle** tenue entre nos mains : tendue-détendue, en invitant aussi à percevoir dans les mains, les bras, les épaules, les sensations différentes.

Montrer sur nous-mêmes ce qu'est un **bras en relaxation** :

- s'asseoir côte à côte avec l'enfant, avant-bras posé sur un accoudoir ou une table ;
- demander à l'enfant de soulever notre avant-bras alors qu'il est encore non détendu, et, arrivé à une certaine hauteur, de le lâcher ;
- faire constater à l'enfant la légèreté du bras ainsi que la chute freinée et progressive ;
- puis fermer les yeux, relaxer le bras et proposer la même manœuvre ;
- faire constater à l'enfant la lourdeur du bras et la chute brutale.

Cela lui permet de répondre dans le détail aux questions qu'il se pose, exprimées ou non, de constater que l'adulte a aussi fait cette expérience. Cela rassure. Cela lui permet également de sentir lui-même ce que signifie physiquement cette décontraction, ce poids dont nous lui avons parlé dans nos explications.

À travers la constatation de notre relaxation il devient possible d'aborder la question sous la forme : « Il y a quelque chose dans le bras qui peut résister à ce que tu veux faire. »

Le fait d'avoir fait l'expérience de détente permet de constater que la résistance a disparu et d'avoir éprouvé la sensation que cela génère. Le parallèle peut être fait avec toutes les formes de tensions et de résistances qu'il connaît ou que nous pouvons citer.

Le logos

C'est l'induction, l'aide apportée par le langage à l'exercice, utilisée pour amener à prendre conscience :

- « Je respire calmement. »
- « Je me sens bien. »
- « Les paupières sont comme de petits rideaux ou des volets fermés sans effort pour être bien tranquille chez soi. »

La voix est importante car les enfants y sont encore plus sensibles que les adultes. Ainsi, une voix posée et tranquille mais avec son timbre naturel, sur un ton respectueux est préférable à une voix dite « travaillée ». Gardons présent à l'esprit qu'un soupir malvenu peut avoir un effet regrettable.

C'est aussi l'absence d'inductions verbales, le sophrologue se tait, les enfants profitent librement de ce court instant.

Note : Certains peuvent ouvrir les yeux pour vérifier la présence de l'adulte et les refermer une fois rassurés.

Le logos, c'est la voix qui aide, sécurise et devient la mémoire temporaire de l'enfant jusqu'à ce que celui-ci ait assimilé et intégré l'expérience, le tout dans un rythme qui, lui aussi, deviendra une référence pour l'enfant.

Afin de faciliter les prises de conscience du schéma corporel, il sera judicieux que le sophrologue intègre dans son logos ce qui se passe à tel ou tel endroit du corps lorsque l'on bouge telle ou telle partie du corps (« j'inspire, l'air entre dans la poitrine, j'expire, l'air sort » « le corps tout entier se détend, comme la ficelle détendue, toute molle »). Cela suppose obligatoirement que les explications aient été données avant

les exercices proposés, que le sophrologue les ait expérimentés lui-même auparavant afin de savoir ce qui peut être senti et pouvoir ainsi en parler. C'est en même temps une éducation à prendre soin de son corps et à lutter contre les tabous corporels, notamment lorsque l'on nomme les fesses et/ou les organes génitaux.

Nous utiliserons le plus possible le parallèle avec des situations ou des objets de la vie quotidienne en analogie avec le logos.

Exemples d'images

- L'inspiration forcée permet de sentir davantage les fosses nasales et la gorge.
- En touchant avec les doigts le larynx nous pouvons sentir les arceaux cartilagineux de la trachée-artère et le comparer au flexible d'un tuyau de douche.
- Les bronches comme les deux branches principales d'un arbre.
- Les poumons comme des ballons de baudruche.
- Le senti des mouvements de la cage thoracique avec les mains sur les côtes.
- La notion d'intérieur et l'extérieur dans la respiration avec les similitudes de langage, le « in » de *inspir* est le même que celui d'« intérieur » et le « ex » de *expir* est le même que celui d'« extérieur », que l'on peut encore associer avec les notions de dedans et dehors.

Préparation

L'EXPLICATION DES MOTS

Si un mot est mal compris, ou pas connu, nous ne savons pas ce qu'aura compris l'enfant. D'où la nécessité de donner des explications claires, avec un vocabulaire adapté, si possible rigolo, tout en prenant soin de vérifier la bonne compréhension de ce que nous aurons dit.

LE BON MOMENT

Il est à choisir en fonction de la disponibilité et la réceptivité de chacun en évitant les séances après les repas ou quand l'ambiance est stressante. La préparation et le prolongement de chaque séance sont très importants car c'est dans ces moments privilégiés que les effets harmonisants se produisent. Aussi, il faudra veiller à espacer la séance de toutes autres activités car elles dispersent l'attention tout en entraînant un manque d'enracinement et d'équilibre intérieur.

LA POSITION

Pour ce qui est de l'immobilité nécessaire, elle suppose le contrôle volontaire du corps. Cela s'acquiert au fur et à mesure de la progression dans l'entraînement. De la même manière, c'est quand la peur du noir aura disparu qu'il pourra fermer les yeux sans problème. Une ou plusieurs veilleuses peuvent être prévues. L'enfant peut aussi être sécurisé avec ses objets préférés et tous les rites dont il a besoin. D'une façon naturelle, il cherchera la position la plus sécurisante, la plus protectrice. C'est pour cette raison qu'il aura tendance à se mettre en boule, à croiser les jambes, à garder les yeux ouverts.

Note : La position couchée avec les jambes légèrement écartées implique qu'une relation de confiance soit établie.

En fait, nous pouvons proposer une position de départ à partir de laquelle chacun va apporter sa variante personnelle. Certains enfants pourront prendre des positions qui sembleront aberrantes pour l'adulte, comme par exemple les positions fœtales. Même si pour nous elles peuvent paraître inconfortables, si l'enfant y est à l'aise il vaut mieux le laisser-faire. L'essentiel est d'être préparé à une sensation de bien-être sans gêne par des vêtements ou des accessoires. C'est se donner le premier droit d'être bien dans son corps.

LA RESPIRATION

Être attentif à sa respiration est une invitation à voyager à l'intérieur de son corps, dans un espace bien à soi. Pendant ce temps, les préoccupations restent à l'extérieur. Elle est un lien entre le mental et le physique, lien aussi entre le dehors et le dedans et contribue déjà à éliminer certaines tensions.

« La respiration c'est comme le vent qui emporte des nuages gris. Tout ce qui dérange à l'intérieur dans le corps-maison s'en va comme les nuages emportés par le vent de la respiration. Et plus tu respirez plus ta maison est lumineuse, débarrassée des nuages gris. C'est comme des vagues qui viennent et qui se retirent sur la plage, en lissant le sable. Ton ventre gonfle comme un ballon, puis se dégonfle, et il recommence sans que tu aies besoin de lui dire quoi que ce soit. »

Respirer amplement agit sur le plexus solaire, lui-même agissant sur l'émotivité. Le faire consciemment renforce l'attention, permet d'être plus perceptif et d'augmenter la conscience des sensations corporelles. L'expiration rapide et forte stimule, douce et longue, elle calme. Plus la respiration est profonde et calme, plus l'état mental permettra une attention soutenue et une relaxation efficace.

Note : Tout travail respiratoire modifie la relation corps-mental.

Exercices de pratique

Respirer amplement

Nous pouvons utiliser un ballon de baudruche que l'on gonfle et dégonfle pour expliquer le fonctionnement des poumons. L'objectif est d'amener un raisonnement logique entre l'exemple choisi et le fonctionnement du corps tout en restant ludique. Par la suite, il sera possible de mimer le mouvement du ballon qui se gonfle et se dégonfle avec les mains et les bras s'écartant et se rapprochant, associé à l'inspir et expir réels.

Pour ralentir le rythme respiratoire et permettre de prendre conscience de la durée de l'expiration, après avoir inspiré par le nez bouche fermée, nous pouvons demander aux enfants d'expirer en plaçant la main ouverte devant la bouche en laissant passer un petit filet d'air, « comme pour refroidir le contenu d'une cuillère à soupe » et en étant attentif à la sensation de l'air sur la paume de la main.

LE CRI

Il permet de se libérer d'un trop-plein d'oppression, notamment chez les enfants nerveux. « Tout ce que tu as sur le cœur, tu peux l'imaginer comme une boule très noire qui est dans ta gorge, et, au moment où tu pousses ton cri, la boule se transforme en bulle qui sort et qui s'envole dans le ciel. » Douleur ? plaisir ? délivrance ? agressivité ? rage ? colère ?

Exercices de pratique

Crier

Pour préparer et ouvrir la gorge au cri, un exercice peut être proposé : inspirer, abaisser la langue avec un doigt, expirer longuement et fortement par la bouche comme pour sortir le son « a ». Il sort de la gorge.

LA MUSIQUE

Selon l'objectif du travail, elle est utile ou à exclure. Elle porte, entraîne un processus d'idéation et d'images mentales. L'enfant jeune est encore imprégné par les rythmes péristaltiques de la vie intra-utérine et les vibrations de la voix maternelle. La musique relaxante induit l'état de relaxation de façon encore plus opérante dans ce cas.

L'écoute passive peut se suffire à elle-même sans qu'il y ait besoin de raconter une histoire ou de proposer un jeu. Les effets agissent sur le dynamisme psychique,

procurant les émotions qui se substituent au stress et à l'anxiété tout en rétablissant les rythmes biologiques.

Exercices de pratique

Utiliser la musique

Il est possible d'utiliser la musique de façon active à travers le chant, les percussions, les mouvements qui permettent de s'identifier au son, de libérer les émotions, l'anxiété et le stress par l'expression vocale ou instrumentale, et/ou corporelle. Nous pouvons y adjoindre aussi le rythme avec les alternances mouvement-immobilité, son-silence, inspiration-rétention, expiration-rétention, haut-bas (calme), bas-haut (dynamise), etc.

Une autre musique simple à utiliser, c'est le jeu des sons qui se répètent dans les chansons et les comptines. Ils restent accessibles au-delà du sens, restent dans la mémoire tout au long de la journée, rassurant, protégeant, une sorte de berceuse mentale. Les deux hémisphères cérébraux sont sollicités de part le texte et la mélodie rythmés. Le Professeur Mireille Besson, Directeur de recherche au CNRS (Institut des neurosciences cognitives) à Marseille étudie, entre autres, les liens entre acquisition musicale et appropriation du langage. Elle a constaté que « les zones impliquées dans le langage sont similaires à celles mobilisées par la musique ».

Note : Une des propriétés de la musique est de pouvoir provoquer très rapidement des états régressifs. La question que nous devons nous poser est : est-ce cela que nous souhaitons ou que nous cherchons ?

Mais la musique a aussi une faculté protectrice. Le rythme, la présence, la chaleur humaine, l'enveloppe sonore, une capacité de réponse en harmonie peuvent s'apparenter à une expérience de holding qui va donner un contenant physique et renvoyer aux premières harmonies.

Bercés par la musique qui capte toute leur attention, les enfants atteignent facilement un seuil de relâchement musculaire total et peuvent s'endormir rapidement. La musique accompagne l'enfant à tous les niveaux de son développement. Elle est son premier langage, son premier outil de communication. Dès cinq mois et demi la plupart des structures de l'oreille interne sont déjà différenciées, même si l'organe auditif comporte encore des imprécisions.

Le rythme, paramètre du mouvement, développe la sensorialité et enrichit la vie physiologique. La mélodie, paramètre de la hauteur, développe les structures rationnelles et logiques de la conscience, enrichissant la vie mentale dans son ensemble.

Si l'un des stades du développement auditif de l'enfant n'est pas assimilé, son équilibre futur, ses relations à lui-même et au monde extérieur seront gravement remis en cause.

L'IMAGINAIRE

Par rapport à l'adulte, l'imaginaire de l'enfant est mouvant, dynamique, en pleine structuration, d'où richesse et créativité incomparables. « L'imaginaire, c'est l'autre monde », disait Maï-Sous Robert-Dantec. On peut y aller quand on veut, comme on veut quand on est ancré dans le corps ici et maintenant. Ce qui veut dire que, d'abord, nous devons nous sentir bien dans ce corps et profondément en sécurité dedans. Nous pouvons alors cesser de nous en préoccuper pour aller voyager dans le monde du rêve éveillé dirigé, celui de la créativité ou de la fantaisie en visualisations.

L'imaginaire s'ouvre à travers les sens. Les informations des sens percutent celles de la mémoire en stock, de l'humeur, de la connaissance, des jugements de valeurs et suscitent de l'émotion. Celle-ci va générer une représentation mentale (ou image mentale). Nous utilisons la visualisation pour travailler sur la mémoire ou pour nous mettre en appétit de quelque chose. Les images apparaissent à partir de sons, de vues, qui percutent des zones en nous. N'oublions pas que la préparation au comportement se fait avec l'image.

Lorsque nous disons « Lorsque je serai... » c'est un futur que nous affirmons au présent. La projection dans le futur est déterminante sur le présent. Elle amène à remettre le processus de vie en route.

COMMENT FAIRE VIVRE UNE IDÉE POUR DE VRAI DANS L'IMAGINAIRE ?

Exercices de pratique

- Se projeter dans le rôle (par exemple à partir de discussions, de photos, d'histoires entendues, noter les détails en y prenant plaisir et jouer à imaginer être).
- Se regarder comme si nous étions quelqu'un d'autre qui regarde (par exemple imaginer être quelqu'un que l'on aime bien et qui regarde avec ses yeux).
- Dire ce que nous voyons.
- Se demander si nous pouvons faire ça à quelqu'un d'autre (que lui dirions-nous au sujet de ce que nous voyons ?).

- Si nous pouvons offrir cette image à quelqu'un d'autre (avec cet autre point de vue garderions-nous cette même façon de faire ?).
- À soi-même (sachant cela, suis-je content de moi dans cette idée ?).
- Quelle image de soi avons-nous envie de nous offrir ?

Dans le travail avec l'imaginaire, l'essentiel est de ne pas être dupe. Il s'agit de « jouer à... ». L'imaginaire des enfants est illimité, sans s'arrêter à un genre d'idées, à un genre d'images, à un genre de mots. Pour nous, il s'agit d'essayer d'aller dans l'imaginaire de l'autre, pour le comprendre, pour faire un pont, demander ce qu'il sent, où il le sent.

Comme chez les adultes, chez l'enfant il y a des zones muettes, des zones douloureuses, des zones paresseuses, liées à différents tabous ou conditionnements de la société.

Exercices de pratique

L'art de conter

Le conteur sophrologue a son protocole : inspiration, rétention, expiration, et à partir de là il brode. N'importe quelle musique peut accompagner, même très forte, si c'est celle qui plaît au sophronisé. La voix du sophrologue doit seulement être plus élevée que le son de la musique. Nous pouvons partir de quelque chose ou de quelqu'un qui a existé et nous brodons autour. Par exemple, pour une recherche d'informations sur une problématique :

« Nous voilà à présent arrivés devant une paroi sur ce chemin de montagne et il y a une porte fermée à clé. Il faut la trouver. Et quand elle est là, il est possible d'ouvrir cette porte. De l'autre côté se trouve une barrière, comme une balustrade de balcon, il est possible de voir ce qu'il y a de l'autre côté mais impossible d'y aller. Qu'y a-t-il de l'autre côté ? (deux minutes) Voilà, il est temps de refermer la porte, de remettre la clé à sa place et de prendre le chemin du retour... » Suivent une discussion, un dessin ou les deux.

L'activation intra-sophronique

LE RÊVE ÉVEILLÉ

Nous utiliserons des thèmes qui favorisent l'imagination comme, par exemple, « le château magique », « le pays où on peut faire tout ce que l'on veut », « l'île au trésor », n'importe quel autre thème ou conte.

LES VISUALISATIONS

Ce seront des images mentales inductrices de bien-être comme, par exemple, l'identification à un objet, une notion, un animal en action.



GROS PLAN

Comment développer cette capacité de visualisation ?

Elle peut se faire étape par étape, l'important reste l'attitude intérieure de laisser venir ce qui veut bien venir, comme au cinéma, lorsque nous regardons l'écran sans savoir quelle image va se projeter dessus, dans une attente curieuse et paisible.

Une attitude de spectateur : nous pourrions faire décrire mentalement les images en utilisant les cinq sens, ce qui est vu, les odeurs, les sons, les sensations tactiles, le goût éventuellement.

Se laisser étonner par le phénomène qui se produit. Souvent ce qui survient n'est pas du tout ce à quoi nous nous serions attendus. S'entraîner à garder son attention pendant quelques secondes sur l'« image », la sensation, afin d'entraîner notre concentration. Les objets sont plus faciles à imaginer que les personnes.

Exercices de pratique

Développer la visualisation

Première étape : un endroit chez soi comme, par exemple, sa chambre. Nous fermons les yeux et mentalement nous revoyons la disposition des meubles dans la chambre, les détails, des couleurs peut-être même en cherchant à percevoir la texture de chaque chose.

Deuxième étape : les objets. Une fois détendu, les yeux fermés, il s'agit de laisser venir l'image d'un fruit par exemple, de décrire sa couleur, sa taille. Ensuite, changer. Laisser venir l'image d'une chose que l'enfant aime. Puis, avec un peu d'habitude, n'importe quel autre objet qui veut bien venir, le voir, voir sa couleur, puis sa forme, percevoir sa consistance, puis les nuances.

Troisième étape : des personnes. Il est plus facile de visualiser une personne en mouvement dans des gestes de la vie quotidienne familiers. Choisir avant la relaxation une personne que l'on imagine dans la vie quotidienne, puis retrouver l'image en relaxation, décrire l'habillement, avec les détails, les outils utilisés, ce qu'elle fait, ce qu'elle dit si elle parle, etc. puis, avec l'habitude, on varie les situations et les personnes.

Quatrième étape : soi-même. Comme c'est l'étape la plus difficile, on peut commencer par regarder d'abord quelques photos qui nous représentent, observer notre visage, des vêtements, la coiffure, l'expression des yeux, puis, les yeux fermés, en relaxation, retrouver ce que nos yeux ont vu, attendre que quelque chose se produise, qu'une image surgisse ou n'importe quel événement sensoriel en rapport ou non avec la photo. Par la suite nous pourrons essayer de nous visualiser dans une tenue que l'on aime, en train accomplir des gestes de la vie quotidienne. Le décor est aussi important, l'ambiance, d'où l'importance que ce soit un décor agréable, familier, sans tensions.

Le dialogue post-sophronique

Il s'agit de faire formuler de vive voix ce qui est intériorisé.

De façon très simplifiée nous pouvons dire que l'image du corps se construit depuis la toute petite enfance à partir de ce que le sujet intègre progressivement au cours des expériences de vie qu'il fait dans ses relations avec le monde et à partir des échanges humains qui amèneront des mots sur ce qui se vit dans ces moments-là.

L'enfant nomme ce qu'il ressent, et il ne connaît bien que ce qu'il peut nommer. Nous comprenons l'interaction entre le langage et la prise de conscience du corps. S'y ajoute la dimension de plaisir à s'exprimer et de progresser vers un langage correct et expressif. En structurant le langage qui s'enrichit de tout le vocabulaire concernant les perceptions, c'est leur pensée qui se structure et qui s'enrichit également. La notion est toujours associée au geste, à l'acte vécu et au langage.

Ce temps d'échange après l'exercice a aussi fonction d'intériorisation par l'expression langagière, de l'entraînement ou contrôle volontaire des gestes et la prise de conscience. Ceci permet également de développer progressivement la représentation mentale du corps et de canaliser la pensée tout en respectant la différence avec autrui.

Selon les âges des enfants ou tout simplement la proposition du sophrologue, nous pourrons proposer un dessin après l'exercice, en remplacement ou en supplément du dialogue post-sophronique. Sans consignes particulières si l'on préfère laisser libre cours à l'expression du senti, de l'émotion et de l'imaginaire qui se développe, ou avec consigne précise si l'on souhaite accentuer le travail d'élaboration mentale et de représentation mentale de ce qui a été expérimenté durant la séance.

CONSEIL

Quoi qu'il en soit, il s'agira de sécuriser et d'encourager les enfants dans leur réalisation. Ils feront du mieux qu'ils pourront et rien n'est grave s'ils n'y arrivent pas de suite.

Le sophrologue se gardera de donner des appréciations négatives mais il pourra complimenter un enfant pour ses progrès. Si les dessins ne sont pas complets, il y a certainement un sens car éducation et expression de soi ne sont pas synonymes. Nous le respecterons donc, comme nous nous interdirons d'interpréter et de faire des comparaisons avec le dessin des autres. C'est une question de respect et de discrétion, les enfants y sont extrêmement sensibles, beaucoup plus que nous ne l'imaginons.

3. Techniques de relaxation « sophronisantes »

La relaxation peut être comparable au monde des possibles par rapport au monde difficile. Aussi y rester trop longtemps pourrait développer chez certains enfants une possible fuite du réel. Les techniques de sophrologie permettent d'éviter cet inconvénient. La confiance au sophrologue est importante, celle-ci s'appuyant sur la notion de contrat clair quant au travail énoncé, une relation de savoir « être enfant », capacité indispensable pour le sophrologue.

La respiration

Exercices de pratique

Exercices réalisables facilement par le jeu

- Respiration synchrone en quatre temps : inspiration, en rétention d'air chercher la sensation de force, de confiance en soi, l'énergie qui nous remplit, expiration et diffusion dans le corps.
- Jouer à maîtriser le souffle : faire bouger un voile en faisant durer l'expiration le plus possible pour qu'il bouge à peine, la même chose en reculant et en évaluant la distance ce qui est important pour la prise de conscience, souffler du plus loin possible en sentant l'énergie qu'il faut mobiliser pour cela, soit très fort ou alors doucement.
- Les respirations localisées et guidées.
- Les respirations liées à un mouvement imaginaire ou réel.
- Observer la respiration, la laisser se calmer comme si on regardait de l'eau qui vient d'être agitée et qui se calme tranquillement jusqu'à ce que, petit à petit, on ne la sente plus.

- Debout, immobile : inspiration, l'air monte comme un jet d'eau à l'intérieur du corps, expiration, il redescend en pluie tout autour.
- Inspiration, grandir, allègement, expiration, s'enfoncer, prendre racine.
- Jouer à être comme un ballon qui se gonfle pleinement et qui se dégonfle subitement au claquement dans les mains...

L'eutonie de Gerda Alexander

Elle permet de restructurer la personnalité et de mieux assumer son corps en redonnant à chaque mouvement son rythme initial et naturel. Il induit la conscience corporelle.

Par l'éducation de l'attention perceptive, l'enfant devient observateur de son corps. Elle a pour base la prise de conscience de la respiration, conduit à la perception des sensations, notamment tendue et détendue. Le fait de se concentrer sur la partie du corps qui touche le sol en évoquant chaque partie, amène la perception des points de contact et un relâchement par sécurisation et lien avec le réel. C'est une évocation non descriptive, plus ou moins détaillée, qui intègre l'axe corporel des pieds vers la tête. « Je pense à mes pieds, j'essaie de sentir où ils sont ; je pense à mes jambes, j'essaie de sentir où elles sont ; etc. »

Note : Chez les enfants ayant du mal à rester tranquille, l'inventaire du corps dans la relaxation peut aller des pieds vers la tête et redescendre vers les pieds ; inversement, chez les enfants mentalement trop actifs, l'inventaire du corps peut aller de la tête vers les pieds et remonter à la tête.

La méthode Vittoz

Elle agit sur l'activité cérébrale de concentration, de volonté, de mémoire en éliminant les facteurs de stress. Le « Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral » est une véritable psychothérapie. Parmi les idées directrices, nous pouvons relever que le contrôle cérébral est la faculté du cerveau conscient de maintenir la raison, le jugement et la volonté dans un fonctionnement normal, ce qui permet de vivre un état d'équilibre.

Dans une situation de contrôle perturbé ou déficient, la technique psychosensorielle de Vittoz permet la restauration de cet état d'équilibre. Elle utilise l'interaction des afférences sensorielles et des états psychiques : réceptivité et émissivité des fonctions du cerveau pour la recherche d'équilibre de la personnalité, actes conscients pour

apprendre à vivre le moment présent, technique d'élimination (relaxation, visualisation en conséquence) pour faire « disparaître une pensée de son cerveau » et protéger l'individu d'éléments « parasites » qui menacent son intégrité.

La relaxation progressive de Jacobson

Elle part du postulat que toute tension psychique entraîne une modification neuromusculaire. Le projet de Jacobson vise à apprendre au sujet à connaître les tensions musculaires accompagnant ses émotions et à les prévenir. Elle agit par la prise de conscience des sensations provoquées par les contractions et les détentes musculaires.

Les exercices sont centrés sur le travail des contrastes : tendu-détendu, dur-mou, etc. On fait contracter des groupes musculaires puis on relâche afin de prendre conscience des différentes sensations qui en résultent, avec l'idée du non-agir et de l'accueil des phénomènes qui apparaissent. On apprend à percevoir la différence entre muscles tendus et muscles relâchés, les tensions inutiles, et cette prise de conscience musculaire tend à diminuer la tension nerveuse. Ceci pour amener l'enfant à devenir capable de sentir seul s'il est relâché ou contracté.

Exercices de pratique

Sentir le relâchement

Ainsi, pour l'exemple des mains, on pourra utiliser un morceau de ficelle, la montrer tendue et faire l'analogie raide-tendue et relâchée-molle-détendue, ou d'autres exemples comme dures comme du béton, du fer, relâchées comme un chiffon, etc. ; ensuite expérimenter avec les mains, faire constater avec les doigts écartés ou serrés, puis les mains fermées et serrées que l'on appelle « poing ». Dans l'induction verbale de détente, nous pourrions utiliser la formule « le corps entier se détend, comme la cordelette détendue, toute molle » et la répéter plusieurs fois en laissant les mots développer leur sens. Plus tard, le relâchement des mains et des pieds pourra induire une détente immédiate au niveau des quatre membres.

Le training autogène de Schultz

Classiquement, il est basé sur la suggestion et l'autohypnose avec ses effets sur le corps tels que la lourdeur, la chaleur, la respiration, le rythme cardiaque, la fraîcheur. Il suppose un état de recueillement intérieur important et une concentration

persévérante. Par ailleurs, il demande une forme d'abandon à certaines représentations intérieures avec l'idée d'aboutir à un état qui rappelle celui ressenti lorsque le corps repose dans la chaleur agréable d'un bain alors que la tête est au frais. Dans le training autogène, la décontraction est une fin en soi.

L'induction verbale autosuggestive est d'un maniement délicat. Par exemple, si l'on suggère la sensation de lourdeur, cela peut aider certains enfants, mais empêcher la détente pour d'autres qui justement seraient, eux, dans une sensation de légèreté.



GROS PLAN

Ce qui reste attendu de cette méthode c'est la détente réparatrice ainsi que la détente et le calme dans l'action, un état qui résulte de la décontraction intérieure. Les principaux effets intéressants sont :

- le retentissement et résonance des émotions débarrassées des bouleversements somatiques réactionnels ;
- l'autorégulation des fonctions corporelles qui échappent à la volonté ;
- l'augmentation des capacités mentales, notamment de la mémoire ;
- la disparition possible de sensations douloureuses ;
- la discipline personnelle intentionnelle par la formulation de suggestions ;
- l'autocritique et contrôle de soi grâce au regard intérieur que la pratique permet.

Formulations personnelles :

« Tout en restant parfaitement éveillé, parfaitement présent à moi-même, je peux observer ainsi ce calme, cette tranquillité qui s'installe en moi. Mon corps et mon esprit parfaitement détendus, je peux éprouver cette joie profonde de la vie que je perçois en moi... Je peux accepter de lâcher prise, de lâcher le contrôle pour accepter les sensations de paix qui s'installent à la place, une paix bienfaisante... Je peux me laisser envahir totalement par cette paix bienfaisante, re-laxe... Au cœur de moi-même, mon esprit libre, je peux traverser le temps et l'espace comme je le souhaite, prêt à toutes les expériences que ce pouvoir sur moi-même me donne. »

La relaxation dynamique

Elle permet le jeu, le plaisir et l'enchantement en même temps que la créativité de l'imagination, offre des modèles de réponse au stress, permet de s'affirmer. Le principe fondamental : mouvement ou tension en rétention d'air, relâchement en expirant et accueil-observation-perception de tout ce qui survient tant dans les sensations que les émotions ou l'idéation.

Il y a un « avant », un « pendant » et un « après », avec la décision de « si je veux » « quand je veux ». L'autonomie de décider de faire l'exercice à un moment choisi par soi, pendant un temps donné et de reprendre ensuite le fil de la journée renforce la maturation d'un moi fort et est thérapeutique. La prise de conscience bienveillante du corps rassure et met en confiance pour la relaxation. Se retrouver à l'aise dans son corps amène à aimer s'y trouver « comme chez soi » et, de là, se promener à l'aise dans le monde en sachant s'appuyer sur des repères personnels éprouvés et sécurisants. Exprimer sans danger ce qui dérange ou un malaise, c'est les racines de la liberté.

Mettre l'accent sur ce qu'aime l'enfant permet de s'appuyer sur des bases non traumatisantes tout en dégageant et réactivant des moments de plaisirs constructifs pour lui. Nous pourrions nous en inspirer à volonté lors de nos logos et stimuler ainsi le dynamisme, le désir de grandir et de réussir sans craintes parasites. L'enfant trouvera des solutions à ses problèmes grâce à sa capacité d'imaginer à partir de là, sans qu'il soit nécessaire de parler de ce qui dérange.

L'état de conscience généré par la méthode produit naturellement des images (mentales). De là, la relaxation peut s'approfondir toute seule et faire émerger le monde infini de l'imaginaire. Maï-Sous Robert Dantec nous en a laissé de merveilleux exemples dans ses livres et enregistrements sonores.

En relâchant les blocages énergétiques liés aux tensions musculaires, leur correspondance émotionnelle se débloque et, par voie de conséquence, de nouvelles réponses musculaires se traduisent par la posture et le schéma comportemental qui changent. En effet, une émotion réprimée entraîne une tension musculaire qui bloque progressivement toute la circulation de l'énergie et amène des postures et des comportements en conséquence.

C'est une méthode de sophronisation sans perte de l'équilibre, en pleine conscience et mémoire des exercices pratiqués et du vécu engendré, sans suggestion nécessaire et qui se pratique debout, posture de la vie courante. Elle agit sur le tonus musculaire de fond permanent, le tonus d'action (attitude, orientation, expression).



GROS PLAN

Les répercussions bénéfiques

- Possibilité de sélectivité tension-détente dans le mouvement avec toute son efficacité.
- Informations moins parasitées dans l'intégration des afférences sensorielles dans la zone sensitive occipito-temporale donc meilleure qualité de ces informations, meilleures réponses et plus adéquates.
- Halte dans le processus réponse-réflexe d'où meilleur équilibre.

- La technique d'acceptation progressive permet le renforcement de l'agréable et du vécu postural dans le futur.
- La concentration sur un objet de la nature dynamise l'imaginaire (par exemple imaginer une situation à venir ou souhaitée, voir se réaliser avec ses capacités, comment pourrait-elle se réaliser, laisser vivre en soi le scénario imaginaire avec les détails des sensations, des échanges, des gestes, des paroles prononcées, sans tensions, comme un modèle auquel il va devenir possible de ressembler pour devenir ce modèle).

La relaxation activo-passive de Wintrebert

L'objectif principal est la maîtrise du jeu sensori-moteur et perceptivo-moteur, une rééducation psychotonique qui aborde essentiellement le tonus sous l'angle de la dialectique humaine. Elle consiste, dans une première partie particulièrement adaptée aux enfants, à l'utilisation du rythme, d'un tempo par l'intermédiaire d'une gestuelle comme support à une découverte progressive du corps, de son équilibre et de ses possibilités.

Note : Il s'agit de s'interroger sur la perception corporelle et non sur la motricité. C'est ce qui donne tout son sens à cette méthode.

Ces exercices ont pour but de mettre en évidence les relations d'équilibre droite-gauche, et, par des mouvements descendants, d'amener une décontraction qui facilite une sensation de plus en plus intense du geste. Par leur enchaînement, tout le corps va ainsi se trouver en mouvement.

La maturation neurologique permet l'apprentissage qui, lui, permet une nouvelle maturation neurologique ouvrant la porte à de nouveaux apprentissages, etc. Cette méthode propose de commencer par des exercices des membres simultanés sur un tempo donné. En effet, commencer par un membre, puis l'autre, puis les deux signifierait que l'on suppose acquise la représentation corporelle et que l'on cherche la coordination. C'est déjà l'étape suivante.

Chaque exercice est composé de deux parties elles-mêmes composées de deux ou plusieurs formules. Celles-ci doivent être enchaînées sans aucune interruption. Il est possible de travailler simplement plusieurs formules d'une partie d'exercice dans une séance ou, si le sujet le permet, de travailler les formules d'une partie, puis les formules de l'autre partie et de réunir l'ensemble dans un enchaînement final. C'est le maximum recommandé pour une seule séance.

Ainsi ces exercices simultanés préparent à des exercices en travail parallèle sur le schéma corporel, puis mixtes, puis croisés. La verbalisation est importante dans le mouvement (dire ce que l'on fait) car elle permet de renforcer le projet moteur (en tant que structuration de circuits neuroniques). Dans sa seconde partie, le sujet allongé est amené en relaxation en se laissant aller, se laissant faire, passif, par le relaxologue qui manipule les articulations par flexions, extensions, rotations. Chaque étape du retour à l'activité et à la position debout est entrecoupée de quelques instants de repos et de prise de conscience.

Synthèse personnelle de différentes méthodes

OSER, DU CONCRET À L'ABSTRAIT

Améliorer la confiance en soi

Exercices de pratique

Par exemple, les sauts, associés à la voix. L'impact est plus important avec les yeux fermés (sauter comme une grenouille, un kangourou, rebondir comme un ballon). Comme à chaque pas, chaque saut oblige à quitter une position d'équilibre et en trouver une autre, dans un nouvel équilibre. Il y a un parallèle entre le sens physique et le sens psychique de ces notions. Nous trouvons là aussi la stimulation de nos capacités à rebondir dans la vie.

Des exercices de la RD1 (ancien protocole), comme celui de « repousser » : inspiration totale avant-bras fléchis avec mains et doigts en hyper-extension au niveau des épaules paumes tournées devant soi « chargées » de ce que nous voulons repousser, rétention d'air ; expiration lente en repoussant doucement mais fermement les mains tendues devant soi pour repousser de toutes nos forces ce qui nous opprime ; rester un instant les bras et les mains tendus pour « maintenir la distance », bien relâcher le visage, le triangle cou-nuque-épaules, le thorax et l'abdomen, le triangle fesses-périnée-plis de l'aine pour la mémorisation du senti du corps ; installer en imaginaire une espèce de bouclier invisible devant soi, au niveau de nos mains, mais laissant passer toutes les perceptions, les agressions de toutes sortes devenant cependant aussi inoffensives que des boules de papier froissé qui viennent heurter le bouclier et tombent par terre, à cette distance ; voir de quoi il s'agit, se rendre compte de la violence, de l'agression mais cela ne nous atteint pas émotionnellement, cela reste là, à la bonne distance du « bouclier » mis en place, laissant notre mental complètement disponible pour toute réflexion, pour utiliser toutes ses capacités ; mémoriser les sensations ;

relâcher ; autant de fois que désiré, devant soi, de chaque côté, au-dessus..., créer autour de soi son espace, comme on l'entend.

Du réel au mental

Exercices de pratique

Proposer un mouvement puis le faire réellement, les yeux ouverts, le faire réellement mais sans regarder, les yeux fermés, et bien le sentir. Et, pour terminer, le faire en pensée, mentalement, se l'imaginer, le sentir comme si on le faisait.

Si un enfant fait réellement le mouvement alors que la demande est de l'imaginer, alors il vaut mieux lui proposer le dessin du mouvement. Voir « les visualisations » dans le paragraphe « L'activation intra-sophronique ».

S'il n'arrive pas à sentir, nous lui proposerons de toucher et/ou de mobiliser nous-mêmes la partie du corps nommée pour que la relaxation ne soit pas une fuite dans l'imaginaire.

Voici d'autres exemples d'exercices avec un trait vertical ou horizontal :

- Inspiration, je monte le long du trait.
- Expiration, je descends.
- Inverser.
- Inspiration, j' imagine que je trace un trait de couleur qui part des pieds jusqu'à la tête.
- Expiration, je redescends.
- Même principe pour le trait horizontal.
- Si nous voulons utiliser la respiration avec les mains et les bras, nous pouvons dessiner des carrés, des triangles, une spirale, etc.

L'ANXIÉTÉ ET L'IMAGE NÉGATIVE DE SOI

Nous utiliserons des relaxations qui équilibrent et libèrent l'énergie, l'imaginaire. Tout ce qui concerne la droite et la gauche, les couleurs, les exercices respiratoires focalisés dans les différentes parties du corps, des relaxations guidées dans le « jouer à être... », les exercices d'équilibre, de stabilité, de lâcher prise, de découverte des ressources intérieures.

POUR CALMER

Un enfant agité se calmera plus facilement en mobilisant les orteils et les pieds, voire tout le bas du corps.

Exercices de pratique

Voici, par exemple, l'exercice de « l'étoile de mer » (il rassemble l'énergie avant de la disperser) :

- Découvrir le plexus solaire entre les côtes basses et le nombril en le touchant.
- Allongé, lever les bras et les jambes à la verticale et sentir que le plexus est comme un poing serré qui permet de tenir les quatre membres en l'air.
- Lâcher.
- Recommencer en montant les bras, les jambes et la tête sur l'expir, souffler à fond une fois arrivé dans la posture.
- Lâcher dans l'inspir.
- Récupération, sentir l'effet, refaire éventuellement.

SE VIDER, LÂCHER LES TENSIONS

Exercices de pratique

Exercices de relaxation dynamique adaptés

- Hausser les épaules en disant intérieurement : « je m'en moque ». Plusieurs fois.
- Debout, les bras ballants, sauter sur place comme un polichinelle jusqu'à n'en plus pouvoir. Après ça, dans la récupération debout, insister sur le « faire attention pour sentir l'équilibre, le calme qui arrive alors, et le laisser s'installer ».
- Secouer les mains comme pour se libérer d'une part de gâteau qui colle.
- Jouer au lion qui rugit.
- En prenant une grande inspiration, rétention d'air, faire tourner le bras comme pour prendre un élan et lancer un ballon imaginaire en prolongeant le geste, avec un bras et puis l'autre, puis les deux.
- Le même exercice, mais, à la place d'un ballon, lancer un feu d'artifice de couleurs et le regarder se déployer dans l'espace.
- Devenir comme un bonhomme de neige qui fond doucement au soleil et se transforme en flaque d'eau, eau qui commence son cheminement vers l'aval... d'autres bonshommes de neige qui se transforment aussi...

DÉVELOPPER SA CAPACITÉ DE CHANGER LES CHOSES

Dans l'évolution proposée, il y a une prise de conscience très importante à réaliser (à mes yeux) : le « monde du dedans » existe, celui « du dehors » aussi, chacun peut être appréhendé « sans avoir besoin d'avoir peur », et le passage de l'un à l'autre développe la capacité de maîtrise de soi ainsi que la confiance en soi (car « c'est moi qui fais, personne d'autre, et je fais seulement si je veux ; et si je fais, alors je peux sentir »).

Exercices de pratique

Après avoir fait connaissance avec la respiration par des explications adaptées de l'anatomie, de sa fonction et des exercices appropriés, avant chaque séance il est bon de faire sentir la globalisation du corps. Des tensions en rétention d'air poumons pleins, suivies de relâchements dans l'expiration et d'un temps d'observation des sensations émergentes sont intéressantes à ce titre.

Pour ce qui est de l'intériorisation, nous pouvons suggérer d'expérimenter le circuit de l'air partout dans l'organisme, grâce aux mouvements vérifiables du « corps qui bouge », accompagnés de suggestions.

Pour ce qui est du passage de l'intérieur vers l'extérieur, ce pourrait être des mouvements d'étirements associés à l'inspiration, le retour vers les axes sécurisants du corps par des sensations connues, dans les quatre membres, la tête et la globalisation. Mouvements actifs, précis, tout en rappelant les oppositions contractions-relâchements, calme-dynamique, dedans-dehors, inspir-expir, jour-nuit...

Tout ce qui concerne les jeux ou les dessins avec l'escargot (la spirale), enroulement, déroulement, favorise l'intériorisation, l'extériorisation et le passage de l'un à l'autre.

Mettre le malaise dans un ballon de baudruche qui s'envole, jeter son agressivité dans un ruisseau et la regarder s'en aller.

Relaxations avec visualisations guidées pour la transformation (transformer en rêve éveillé les situations, comme par exemple l'histoire du bonhomme de neige ci-dessus).

Apprendre à passer d'une sensation à son inverse...

4. La psychopathologie et la pédopsychiatrie

En pédopsychiatrie les enfants évoluent au fil des séances, pas forcément dans le sens imaginé, certains aspects du comportement en dévoilent d'autres plus ou moins attendus, mais avec parfois quelques surprises.

Comment proposer un protocole à chaque groupe, en tenant compte de chaque enfant individuellement ? En me servant de jeux de dynamique physique, avec un choix spécifique d'exercices tirés de ces jeux (tensions-relâchements, respiration synchronisée, interdépendance nécessaire entre les enfants, rythmes musicaux associés notamment), les enfants réussissent à vivre une approche sensitive de leur corps et à y trouver du plaisir. De là, l'immobilité, préalable à la relaxation de base devient possible, l'anxiété forte qui pousse à des explosions motrices accompagnées de cris au début s'apaise progressivement, devient peu à peu contrôlée et permet l'approche plus intime de cet inconnu qu'est le corps. Il restera ensuite à l'« apprivoiser ».

Prendre conscience c'est se rendre compte de quelque chose. Les enfants n'y arrivant pas, il faut imaginer une autre façon de faire que celle que nous connaissons. Si des enfants recherchent des sensations à travers le contact touché de l'autre ou du sol, pour eux nous allons dans ce sens, pour d'autres nous orientons le travail vers tout ce qui peut faire prendre conscience des différences de perception : inspir-expir, mouvement-immobilité, etc.

Potentialités d'utilisation de la sophrologie en pédopsychiatrie

Pour faire vivre une relaxation de base, les conditions fondamentales nécessaires demandent un minimum d'attention, d'immobilité et d'acceptation à tenter l'expérience de la part des enfants plein d'angoisses que l'approche du corps réveille. Or, justement chez eux, nous avons à faire avec des conduites d'opposition, de l'anxiété, de l'instabilité, des difficultés d'attention et de concentration pour ce qui est du plus évident.

Ces symptômes reflètent des troubles plus graves qui touchent le schéma corporel, la coordination, la représentation mentale, l'orientation dans le temps et l'espace, les capacités d'analyse et/ou de synthèse, ainsi que des problèmes d'identification. Certains enfants souffrent d'un retard global du développement et des acquisitions, voire même d'absence totale des acquisitions. Nous pouvons facilement comprendre alors le pourquoi de leurs difficultés dans les rapports aux autres, dans leurs

capacités de compréhension et de structuration sur le plan de l'imaginaire, dans leurs inhibitions.

Le tableau de la symptomatologie se complète avec des attitudes dépressives chez les uns, des problèmes de maltraitance et de violence chez les autres, d'immaturité affective et de dysphasie, avec des angoisses de séparation parfois massives.

Cheminement d'une méthode de relaxation

Pour des enfants n'ayant pas acquis l'intégration du schéma corporel, il est nécessaire de commencer par le mettre en place. Je développe en détail la façon dont j'ai procédé en atelier expérimental en pédopsychiatrie de 1989 à 1994¹.

À partir de plusieurs techniques (relaxation dynamique, yoga, Jacobson, Vittoz, abord corporel thérapeutique...) il est possible d'adapter des exercices à la structure d'une méthode de relaxation dont le cheminement proposé me semble le plus adapté (voir fiche).

Fiche

Méthode de relaxation

Mise en place du schéma corporel

Découverte et intégration de façon douce et très progressive : mains, bras, épaules, pieds, jambes, dos, nuque, cou, tête, visage, puis thorax et ventre ; chaque passage ou découverte fait par la sensorialité et en autant de séances que nécessaire afin que l'intégration soit totale et débarrassée de toute anxiété s'y rapportant, en terminant par la réunification globale (commencer par là n'avait pas de sens pour eux car ils ne savaient pas ce qu'était cette globalité).

Passage extérieur – intérieur

Travail sur « les » respirations qui s'intériorisaient petit à petit par la globalisation des sensations.

Intériorisation – approfondissement

Avec un certain nombre d'exercices simples et relativement ordinaires basés sur des gestes et des mouvements que l'on fait quotidiennement : sensations, tensions-relâchements, respirations, association de l'ensemble. L'attention amenée à des endroits précis du corps en exercice, les mots trouvent un écho parce qu'ils se réfèrent à l'expérience directe des sensations éveillées.

.....

1. Voir mon ouvrage *Sophrologie en pédopsychiatrie*, Lyon, Chronique sociale, 2002.

Retour vers l'extérieur

Constat d'expériences que l'on retrouve tous à certains moments de notre vie et sous diverses formes, le mode d'appréhension et la capacité à vivre les événements devenant progressivement différents.

L'angoisse à l'approche corporelle développait d'emblée des résistances très fortes telles que le refus pur et simple de ce que je proposais, des tensions très fortes et de l'inhibition à la mise en mouvement, de grandes difficultés à se concentrer qui se traduisaient parfois par le non-respect des consignes ou des gestes impulsifs impossible à maîtriser.

Des changements remarquables se sont opérés mais lentement, progressivement, en allant chercher les enfants là où ils en étaient eux. En effet, une fois un début d'approche corporelle possible et l'acceptation d'exécuter quelques exercices dynamiques, une première détente en résultant a pu être éprouvée. De là, le plaisir recherché à refaire ces exercices, à vivre la position allongée dans la détente, le relâchement, le repérage sensoriel, la libération émotionnelle (parfois forte d'ailleurs), le travail en coordination, intégrant les autres enfants du groupe.

Du coup, la découverte corporelle devenait un plaisir. Des signes d'angoisse se manifestaient parfois, tels que respiration bloquée ou tension de « l'étagé claviculaire », agitation, rires nerveux, tensions physiques importantes, tentatives de perturbation des moments de détente allongés quand ceux-ci deviennent un peu plus approfondis, d'où fin de prise en charge pour les uns. Troubles disparaissant progressivement aussi. En d'autres termes, nous pouvons parler de défenses qui se sont débloquées, entraînant suffisamment de lâcher-prise pour s'exprimer verbalement ou graphiquement et aboutissant à la capacité de réussir à faire une relaxation de base seul, de façon autonome pour certains.

Au fur et à mesure que les enfants réussissaient à exécuter correctement les exercices proposés, ils vivaient les effets qui en étaient escomptés. Les craintes pouvaient se dire et déboucher sur un vécu de calme, les exercices restant en mémoire. Un sentiment vécu de liberté s'exprimait de plus en plus souvent au travers des dessins et des commentaires qu'ils réussissaient à en faire. L'évolution de chacun faisait plaisir à voir tant leur propre plaisir exprimé était fort, leurs recherches de perception dans l'autonomie acquise était vraie et tout à fait appropriée. Ils en arrivaient même à faire l'effort de chercher les mots justes pour le dire. Ils dessinaient au mieux leurs représentations mentales, tout en parlant de peurs vécues antérieurement, en riant, en montrant qu'ils avaient bien mémorisé les sensations éveillées par les « inspiration-rétention-tension ou activation-expiration-relâche ».

Leur corps et ses différentes parties leur étaient devenus connus et « lieu d'habitation » moins dangereux. La réussite des uns encourageait et donnait envie aux autres d'essayer aussi, dans la plaisanterie et la complicité entre eux, mais aussi dans le respect de leurs différences et de leurs difficultés respectives (chacun d'entre eux y étant aussi confronté), des règles et des consignes.

5. — Potentiels, caractéristiques d'évolution et limites

Ce travail réalisé en pédopsychiatrie montre comment les formules « être bien dans sa peau », « recherche et développement de l'harmonie », « ... de la confiance en soi » prennent tout leur sens, malgré la pathologie et de quelle façon cela commence par la conscience du corps.

La pédagogie s'appuie sur la nomination des différentes parties du corps, les explications s'y rapportant, l'observation, l'expérimentation active et l'attention sur les effets sentis. C'est un ensemble de réactions en chaîne qui se déroule alors : le corps se découvre progressivement à la conscience, avec le discernement des différences des sensations, d'équilibre, de possibilités. Du coup, c'est la conscience elle-même qui se développe, entraînant les systèmes sensori-moteurs et perceptivo-moteur. Par le relâchement, le tonus musculaire se régule, le « monde du dedans » se dévoile ; c'est toute la personnalité physique de l'enfant qui se renforce.

La relaxation, les exercices dynamiques que propose la sophrologie permettent la libération en douceur des centres de blocage corporels avec leurs parallèles psychiques. C'est ainsi qu'une autre prise de conscience fondamentale va marquer les esprits : ce que l'on appelle, à tort, la gestion des émotions. Car ce ne sont pas les émotions que l'enfant apprend à gérer mais les manifestations somatiques qu'elles génèrent. Le contrôle de la respiration et de la détente permet de « récupérer » l'unité du corps ; la conscience et la confiance en soi augmentent en même temps que s'en va la peur.

Ainsi se développe la maîtrise de soi, par soi, et des éléments de vécus peuvent se dire, se rire, être dessinés, comparés avec ceux des autres, les différences au regard d'autrui se vivre sans danger. L'image de soi s'élabore ou se transforme, les apprentissages s'assimilent davantage en donnant du goût à leur vie. Nous pouvons constater que, quelle que soit la problématique présentée dans le développement, il y a du potentiel chez chacun à optimiser avec un bénéfice se répercutant sur toutes les autres composantes de la personnalité, avec l'humilité nécessaire aux limites de notre possible.

Merci à toutes les chercheuses et tous les chercheurs d'avoir mis leurs connaissances et découvertes à notre disposition, merci aussi à tous les enfants qui nous apprennent qu'au départ rien n'est jamais évident.

Qu'est-ce qu'a compris un enfant qui n'a pas compris ?

6. Bibliographie

- AJURIAGUERRA J., DE MARCELLI D. (1989). *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Masson.
- ALEXANDER G. (1977). *Le Corps retrouvé par l'eutonie*, Paris, Tchou.
- BARON E., BENOIT J.-C., DEBURE E., ERLICH M., NOËL F., PELLERIN M. (1981). *Détente et mouvements en psychothérapie*, Paris, ESF.
- BENSABAT S. (1991). *Le stress c'est la vie*, Paris, Livre de poche.
- BERGES J. et BOUNES M. (1990). *La Relaxation thérapeutique chez l'enfant*, Paris, Masson.
- BERTHERAT T. et BERNSTEIN C. (1976). *Le corps a ses raisons*, Paris, Seuil.
- BETTELHEIM B. (1985). *Psychanalyse des contes de fées*, Paris, Hachette, coll. « Pluriel ».
- BOYES D. (1989). *Le Yoga du sommeil éveillé*, Paris, EPI.
- Bruston R. (1999). *Petit Manuel de rééducation psychosensorielle en psychothérapie Vittoz*, Paris, EPI.
- CADY S. (1991). *L'Imaginaire, la relation, l'œil*, Thérapie psychomotrice et recherches.
- CALECKI M. et THEVENET M. (1989). *Techniques de bien-être pour les enfants*, Colin-Bourrelier.
- CAMATTARI G. (1992). *Relaxation totale*, Paris, De Vecchi.
- CHEVALIER J. et GHEERBRANT A. (1987). *Dictionnaire des symboles*, Paris, Robert Laffont.
- COHEN-LEON S. (2003). « Relaxation à inductions variables en groupe », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 41.
- CONTAT A. (1991). *Relaxation... Vous avez dit relaxation ?*, Thérapie psychomotrice et recherches.
- COUCHOUD M. T. (1987). « Quelques remarques à propos de la contribution du corps au processus analytique », *Topique*, n° 39.
- COURREE J. (1990). *Mon corps et moi*, Paris, Hachette.
- DAVROU Y. (1988). *La Sophrothérapie*, Paris, Retz.
- DAVROU Y. (1985). *Comment relaxer vos enfants*, Paris, Retz.

- DAVROU Y. et LECLERC F. (1982). *Les Étonnantes Possibilités de notre mémoire par la sophrologie*, Paris, Retz.
- DUBERTRET V. (1991). *Réflexions sur des relaxations de type Bergès chez les adolescents*, Thérapie psychomotrice et recherches.
- DESOILLE R. (1961). *Théorie et pratique du rêve-éveillé dirigé*, Mont-Blanc.
- Études psychothérapiques, n° 1 (1977), *Le Corps*, Toulouse, Privat.
- Études psychothérapiques, n° 2 (1982), *Les Relaxations*, Toulouse, Privat.
- Études psychothérapiques, n° 4 (1987), *Psychosomatique et vie fantasmatique*, Toulouse, Privat.
- Études psychothérapiques, n° 2 (1988), *Imaginaire et changement*, Toulouse, Privat.
- FELDENKRAIS M. (1971). *La Conscience du corps*, Paris, Robert Laffont.
- FORTUNA J.-F. (2002). *Sophrologie en pédopsychiatrie*, Lyon, Chronique Sociale.
- FRIEDRICH J.-M. (1987). *Le Rythme, c'est la vie*, Ré Création.
- HECKMANN P. (1987). « À propos du faire dans une cure d'enfant », *Thérapie psychomotrice*, n° 75.
- KLEIN B. (1989). *Comment adapter la relaxation à votre personnalité*, Paris, Encre.
- LOUSSOUARN T. (1986). *Transformer votre vie par la sophrologie*, Paris, Dangles.
- MANENT G. (1991). *L'Enfant et la Relaxation*, Paris, Le Souffle d'or.
- RAGER G. R. (1972). *Hypnose, sophrologie et médecine*, Paris, Fayard.
- ROBERT DANTEC M. S. (1987). *Sophrologie et enchantements*, Beltan.
- ROBERT DANTEC M. S. (1991). *La porte est en dedans*, Beltan.
- ROBERT DANTEC M. S. *Les Saisons*, Beltan.
- ROBERT DANTEC M. S. *Relaxations dynamiques des enfants de 3 à 8 ans*, Beltan.
- ROCHE F. (1991). « Relaxe et relaxateur : un toucher à deux faces », *Thérapie psychomotrice et recherches*.
- ROCHE F. et DUBERTRET V. (1991). « Entretien avec Michel Sapir », *Thérapie psychomotrice et recherches*.
- ROMEY G. (1989). *Rêver pour naître*, Paris, Robert Laffont.
- SAPIR M. (1993). *La relaxation à inductions variables*, Grenoble La Pensée sauvage.
- SAPIR M. (1977). *La Relaxation : son approche psychanalytique*, Paris, Dunod.
- SCHILDER P. (1986). *L'Image du corps*, Paris, Gallimard.
- SCHULTZ J. H. (1974). *Manuel pratique du training autogène*, Paris, PUF.
- SZYMANSKI J. et AOUIZERATE H. (1991). « Sous le signe de l'unité », *Thérapie psychomotrice et recherches*.
- VANHOORNEWEDER R. (1975). *La Sophrologie du praticien*, Prelat.
- VITTOZ R. (1992). *Notes et pensées : Angoisse ou contrôle*, Paris, Pierre Téqui.
- VITTOZ R. (1999). *Traitement des psycho-névroses par la rééducation du contrôle cérébral*, Paris, Desclée de Brouwer.

- WIDLOCHER D. (1993). *L'Interprétation des dessins d'enfants*, Paris, Mardaga.
- ZARIFIAN E. (1989). *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob.

Chapitre 28	
Hypnose ericksonienne et sophrologie	658
Chapitre 29	
Fonction symbolique, imagerie mentale, rêve-éveillé	690
Chapitre 30	
Complémentarités	705



Partie
5

Parentés thérapeutiques

Association de techniques

Chapitre 28

Hypnose ericksonienne et sophrologie

BERNARD ETCHELECOU

> Pourquoi ce chapitre ?

La relaxation, le rêve-éveillé, l'hypnose, le yoga et les autres disciplines orientales, sollicitent toutes, dans des proportions variables, la déconnexion d'avec l'environnement, le lâcher-prise, la concentration, l'« absorption » sur les sensations corporelles ou sur les images mentales, l'attitude méditative¹. Ces approches constitueraient-elles autant de variations autour d'un socle commun (l'état *hypnoïde*) propice aux évolutions personnelles et aux changements thérapeutiques qu'elles occasionnent chacune avec sa propre « culture » et ses propres armes ?

Ce chapitre amorce un début de comparaison entre les modes d'inductions et de travail thérapeutique en sophrologie et en hypnose ericksonienne, disciplines qui toutes deux s'affichent, avec des airs de proche parenté, sur le terrain des états modifiés de conscience.

Sommaire

1. L'hypnose ericksonienne.....	659
2. Exemple pratique.....	665
3. Modes d'induction et travail psychologique en hypnose ericksonienne et en sophrologie.....	681
4. La concentration et l'imagerie mentale.....	685
5. Remarques sur la proposition de lâcher-prise.....	686

.....
1. L'attention flottante du psychanalyste et l'attitude de libres associations de l'analysant ne relèvent-elles pas aussi de cet état de conscience intermédiaire ?

6. Conclusion.....	688
7. Bibliographie.....	689

Que l'on invoque l'accès à un état de supraconscience (élargissement du potentiel identitaire et de nos capacités à être) ou qu'on y repère une démarche essentiellement régressive touchant à nos déterminants inconscients, on a coutume de ranger en vrac les transes, les extases, l'orgasme, l'ivresse, la méditation, le rêve-éveillé, l'état hypnotique ou sophronique, dans la catégorie un peu fourre-tout des « états modifiés de conscience ».

Les approches qui nous concernent ici ont cependant au moins un point en commun : elles favorisent et mettent à profit un passage de l'ergotropisme (préparation active au combat ou à la fuite) au trophotropisme (attitude de repos, de récupération).

« C'est, dans ce deuxième état que l'organisme se règle lui-même, remet les pendules à l'heure entre ses différents organes, abaisse ce qui s'est trop élevé et élève ce qui a trop chuté dans le feu de l'action... Effet normalisateur lié peut-être à un dialogue :

- d'une part entre l'écorce cérébrale et le cerveau primitif (diencéphale) ;
- d'autre part entre l'hémisphère gauche (analytique, rationnel, digital, social) et le droit (synchrétique, intuitif, analogique, intime). » (Auriol, 2004)

Ou, comme le fait encore remarquer C. Le Scanff, « le concept sous-jacent est que l'homme dispose de mécanismes autorégulateurs innés qui, lorsque l'occasion se présente, replacent les processus cérébraux et corporels dans les meilleures conditions homéostatiques » (Le Scanff, 1995, p. 19).

La « transe » hypnotique ou l'état sophronique seraient de ces occasions particulièrement privilégiées facilitant le fonctionnement des mécanismes qui assurent notre équilibre. Il n'est naturellement pas dans mon intention de faire ici un résumé de l'œuvre considérable d'Erickson, mais seulement d'en présenter quelques caractéristiques utiles à la suite du travail.

1. L'hypnose ericksonienne

Milton H. Erickson (psychiatre américain, 1901-1980) a profondément bouleversé les conceptions et les pratiques de l'hypnose traditionnelle, et sans doute, bien au-delà, la psychothérapie en général. Il part du postulat, conforté par les succès thérapeutiques, que l'on peut fondamentalement faire confiance à l'inconscient du sujet

(défini très empiriquement comme... *tout ce qui n'est pas conscient*) qui fonctionnerait comme une sorte de réservoir de ressources actif permettant de trouver des solutions aux problèmes que le conscient ne parvient à résoudre.

Cette optique oriente largement les actions et l'œil du thérapeute. Erickson se plaisait à dire : « Selon la façon dont on les regarde, les patients ont des tas de problèmes ou des tas de solutions. » Il préférait dans la même lignée se demander *comment* le patient peut changer, plutôt que de chercher le *pourquoi* de ses symptômes.

Le travail de l'hypnothérapeute traditionnel, dont on sait depuis S. Freud qu'il incarne peu ou prou l'idéal du moi du patient, consistait surtout à émettre des suggestions que le sujet était censé reprendre à son compte, dans une relation plus ou moins autoritaire ou séductrice.



GROS PLAN

L'hypnose ericksonienne

Erickson propose désormais d'aider le patient à se placer dans un contexte destiné à activer « un mode de fonctionnement psychologique dans lequel le sujet se détache de son environnement pour fonctionner à un niveau inconscient » (Godin 1988). Dans cette nouvelle orientation, le sujet n'« obéit » pas, il « répond » plutôt aux sollicitations du thérapeute visant à explorer, à mobiliser ses propres ressources pour effectuer les remaniements qui lui sont utiles. Se réalise comme une « mise entre parenthèses » destinée à libérer les associations figées, pré-établies, les fixations et autres limitations, pour y substituer de nouvelles organisations plus adaptées. La créativité propre à l'inconscient est ainsi stimulée au maximum pour activer des chaînes d'associations positives, restructurer parfois différemment certaines expériences posant problèmes, faire émerger des solutions nouvelles.

Selon Erickson, l'hypnose ne fait que cultiver un fonctionnement *naturel* : « Quand vous lisez un livre et que votre femme vous parle, il arrive que vous ne répondiez pas aussitôt. Dix minutes après, vous dites : "Tu me parlais ?" » (cité in Godin, 1992).

J. Godin précise qu'en fait, « les sujets se tiendraient sur le seuil de deux modes de fonctionnement et ils pourraient en permanence et à loisir, à chaque instant "entrer" et "sortir" de la transe ainsi définie. C'est cette démarche alternante de lâcher-prise conditionnel, objet d'apprentissage, qui, à mon avis, caractérise notre nouvelle conception de l'hypnose » (p. 110).

Pour F. Roustang, l'hypnose consiste en ce qu'il appelle l'éveil d'une *conscience inconsciente* : « La conscience est dite inconsciente (*unconscious awareness*) dans la mesure où elle supporte la totalité des souvenirs des perceptions des sens externes et internes, des résultats et des possibilités d'apprentissage... La conscience inconsciente [...] peut être identifiée à la totalité de la personne incarnée donc au corps vivant en tant qu'il est esprit. Cette conscience inconsciente pourrait tout aussi bien être appelée vigilance généralisée². »

On considère avec F. Roustang que l'hypnose constitue un passage de la vigilance restreinte à la vigilance généralisée qui met à la disposition du patient des capacités, des solutions lui permettant de changer. La créativité propre au fonctionnement hypnotique tient sans doute en bonne part au fait qu'on y cultive l'expression d'une conscience *paradoxale*, libérée des schémas préconçus grâce à l'assouplissement des barrières qui séparent habituellement les processus de pensée primaires et secondaires.

Pour aider à « activer les chaînes d'associations utiles », le thérapeute doit autant qu'il le peut entrer dans les cadres de références de son patient et utiliser son propre langage, au sens le plus général du terme. Voici par exemple l'extrait d'une induction que j'ai naguère improvisée pour un pilote d'avion, directement reliée à son domaine de travail, avec des allusions implicites au confort et à la déconnexion hypnotique :

Exercices de pratique

« Et je sais bien que tout comme moi vous pouvez entendre cet avion qui passe au-dessus de nous... et je me demande si les passagers ont à présent trouvé la *position la plus confortable possible* sur leur fauteuil, la plus propice à se *laisser aller en confiance*, le corps détendu, l'esprit libre de voyager à sa guise en toute liberté dans des rêveries reposantes... À moins que certains ne préfèrent regarder de temps à autres au travers des hublots la beauté de certains paysages... Ou *s'assoupir en toute insouciance* dans le confort de la détente... Je me demande quand – peut-être *déjà* – le pilote a actionné les commandes automatiques, tout en gardant bien sûr un œil expert sur les commandes, capable d'intervenir quand il le désire, mais *très satisfait de pouvoir se libérer* ainsi, de se décharger de tout un travail que prend désormais à son compte le pilotage automatique³... »

.....

2. Roustang F., « Qu'est-ce que l'hypnose médicale ? », sur Internet à <http://perso.wanadoo.fr/afehm.hypnose.medicale/presentation-hypnose.html>.

3. En italiques, des mots ou groupes de mots détachés, sur un ton plus appuyé, qui font passer des suggestions implicites de déconnexion – cf. plus loin technique de saupoudrage.

Fiche La méthode hypnotique

Métaphores, allusions, résonances de mots, langage non verbal et à plusieurs niveaux... Erickson a compris que si l'inconscient communique par des rêves, des images, du langage analogique, c'est ce même type de langage que l'on doit aussi utiliser en hypnose.

Les inductions

Les inductions vont dans le sens d'une *dépotentialisation de la conscience restreinte, vigile*, en jouant notamment sur tout ce qui peut favoriser la *dissociation* : dichotomies entre le monde extérieur et le monde intérieur, le corps et le mental... À l'intérieur de soi une partie observatrice qui reste vigile et observe l'autre partie qui ressent... Certaines parties du corps peuvent aussi prendre leur autonomie. Dissociation encore entre le souvenir et l'affect qui lui était rattaché (par exemple, après le vécu cathartique d'un accident, il ne reste plus que les photos *classées* dans un album...).

Le travail inductif conduit à une modification de l'orientation au réel (espace-temps devenus très subjectifs), à l'affaiblissement du sens critique, de la primauté des facultés logiques, pour céder le terrain aux vécus paradoxaux caractéristiques de la conscience « inconsciente ».

Les stimuli

Les stimuli extérieurs ne sont pas forcément exclus du vécu hypnotique (ils peuvent d'ailleurs servir à l'induction, comme dans l'exemple précédent de l'avion) mais ils perdent de leur importance au profit du vécu interne.

C'est en fait le patient qui indique, par ses attitudes conscientes ou non, ce que le thérapeute doit suggérer : ses mimiques, les expressions de son visage, ses attitudes diverses spontanées, les petits mouvements incontrôlés, etc., sont autant d'indices à repérer, à ratifier pour optimiser les inductions et aller vers une dépotentialisation du conscient, vers une émergence de l'« involontaire ». Chaque séance est ainsi une création unique, originale, à nulle autre identique puisque le lâcher-prise du patient fait poindre la nouveauté, le spontané, tandis que dans son propre lâcher-prise le thérapeute se laisse guider pour avancer en saisissant les perches tendues par les attitudes et les réponses du sujet. Si, par exemple, il n'obtient aucune réponse à une suggestion ouverte d'image (image positive, souvenir agréable...), mais observe quelque manifestation corporelle non-intentionnelle (hochement de tête, par exemple) le thérapeute va délaisser sa suggestion d'image pour poursuivre dans le sens de la réponse corporelle spontanée et involontaire. Il adapte et réajuste en permanence si besoin ses interventions en fonction des réactions (ou absence de réactions) du sujet.

Les résistances

Dans l'optique ericksonienne, on ne force jamais les résistances du sujet, mais comme le judoka est censé se servir de la force de son adversaire, le thérapeute doit mettre à profit les défenses pour aider le patient à avancer dans le travail hypnotique. Celui-ci ne veut pas fermer les yeux (par crainte de perdre son contrôle, le contrôle du thérapeute, ou autres fantasmes mobilisés par l'hypnose) ? Il lui sera tout simplement demandé de *rester très attentif*, d'observer avec beaucoup de vigilance tout ce qui se passe... Et si à un moment ou à un autre il sentait que ses yeux lui réclament un peu de repos, il décidera bien lui-même ce qui conviendra le mieux pour son bien-être.

Les inévitables clignements d'yeux ultérieurs feront l'objet de ratifications de la part du thérapeute (« très bien », « c'est cela » et autre hochement de tête approuvatif). S'instaure ainsi une communication à plusieurs niveaux destinée à faciliter le processus hypnotique tout en laissant le sujet libre d'exercer toujours son contrôle.

L'évocation

On évoque sans imposer, sur le ton de la conversation, en s'ajustant au plus près des réactions du sujet.

L'attente

On cultive volontiers l'attente (quelque chose va se passer même si l'on ne sait encore quoi...) et les effets de surprise.

La confusion

La confusion surprend le patient en bousculant ses repères classiques et immédiats... : « Vous ne pouvez pas savoir qu'en ce moment vous n'êtes pas en train de ne pas changer. » (Cette triple négation utilisée par Erickson a de quoi laisser le sujet bien perplexe !)

La saturation de la conscience

Elle facilite aussi la déconnexion : on apporte au patient une quantité d'informations bien supérieures à sa capacité de réception. La logique mentale a là encore du mal à suivre...

La suggestion

Les suggestions sont généralement *indirectes* : il ne s'agit pas de suggérer « de l'extérieur » des solutions ou des ressentis « prêt-à-porter » comme dans l'hypnose traditionnelle, mais d'évoquer des possibilités permettant au sujet de prendre la suggestion à son compte ou de la laisser.

Ces suggestions procèdent par implication des réactions recherchées : « Je me demande si vous allez être étonné ou si vous trouverez tout simplement agréable que l'une de vos mains puisse devenir plus légère ? »

Les suggestions *ouvertes* offrent une palette de réponses possibles... Quelle que soit la proposition retenue elle sera la bonne, celle qui convient au patient. Souhaite-t-on suggérer l'apparition d'une sensation dans une main ? On peut évoquer toute une série d'éventualités : froid, chaud, détente, lourdeur, fraîcheur, engourdissement, etc. Il est difficile de ne pas obtenir de réponse en ratissant aussi large.

L'hypnotiseur formule parfois une série d'évidences, de truismes : « Vous inspirez et vous expirez... », « Il est plus agréable d'être confortable... » Le sujet ne peut ici qu'acquiescer, ce qui le prédispose à accepter les inductions qui vont suivre (*séquences d'acceptation*).

Le lien et le double lien

Avec le lien, on rapproche deux phénomènes *a priori* différents : « Et pendant que votre bras s'élève, votre inconscient se mobilise pour trouver des ressources aidantes. »

Le double lien, mode de communication paradoxale, place le sujet dans une situation où il perd en fait la possibilité de choisir. Des alternatives de comportement qui ne font pas

habituellement partie des possibilités de choix et de contrôle du patient lui sont proposées : « Si votre inconscient veut que vous entriez en transe, votre main droite va se lever, si ce n'est pas le cas votre main gauche va se lever. »

Dans tous les cas, on aboutit à une réponse hypnotique.

Le saupoudrage

En parlant, le thérapeute peut isoler des mots ou groupes de mots (par intonations différentes, pauses) pour les détacher du fil de son discours, et faire passer une suggestion (technique de *saupoudrage*).

Les métaphores

Les métaphores sont comme nous le verrons au cours des chapitres suivants des outils de communication très utilisés et très efficaces : un mot (ou un énoncé) se trouve recevoir un sens différent de celui qu'il possède dans son usage spécifique en vertu d'une comparaison ou d'une analogie sous-entendues.

Comme l'indique J. Godin, le message métaphorique « véhicule un sens implicite qui, comme dans l'humour, va cheminer pour son propre compte, souterrainement. Ce second sens, s'il est en relation avec les problèmes du patient [...] va être l'occasion de réaménagements psychiques » (Godin, 1992, p. 171). Si la métaphore est mauvaise, mal choisie, elle n'a pas d'effets sur le patient qui n'y réagit pas. En revanche, lorsqu'elles ont à voir avec les difficultés du patient, les images d'une métaphore « parlent » à son inconscient, font écho à sa propre expérience, permettent de délier certaines problématiques figées, de provoquer un cheminement associatif ouvert entraînant dans son élan créatif de nouveaux aménagements, générant de nouvelles attitudes.

Il s'agit en fin de compte de provoquer des réaménagements, des novations qui rendent le symptôme caduc.

On peut donc considérer l'hypnose ericksonienne comme un laboratoire de changement, un espace où le symptôme est travaillé par analogies, par résonances, sans même, la plupart du temps, que l'on y touche ou même qu'on l'évoque directement.

Les pages qui suivent présentent des illustrations de cette approche hypnothérapique dans des domaines assez courants (problème de tics, demande d'amaigrissement⁴), ce qui permettra de pointer les éléments paraissant porteurs d'évolution et de tenter quelques commentaires sur le travail thérapeutique en jeu. On fera ensuite un parallèle entre hypnose ericksonienne et sophrologie en examinant ce qui peut les rapprocher ou les différencier dans leurs principes généraux, leurs modes d'induction et leurs modalités d'activation thérapeutique.

.....

4. J'adresse ici mes sincères remerciements à la direction de la revue *Phoenix, journal francophone d'hypnose*, qui m'a autorisé à reprendre les articles que j'avais écrits sur ce sujet (cf. bibliographie).

2. Exemple pratique

Une séance d'hypnose avec un enfant



CAS PRATIQUE

Une toux irritante

Une séance d'hypnose ericksonienne

Cinq mois avant notre rencontre, Thomas (11 ans) avait consulté un ORL à cause d'une toux persistante. La radiographie devait révéler un « léger voile aux poumons » vite gommé par les antibiotiques.

L'enfant continuait pourtant à se racler la gorge, très gêné lui-même et agaçant aussi son entourage et ses petits copains de classe. Un pneumologue proposa alors un nouveau traitement, avant de confier Thomas à un service de pédiatrie.

Au bilan psychologique il fut suggéré que ce symptôme était probablement en rapport avec une difficulté familiale plus large. L'hypothèse du deuil problématique d'une grand-mère aurait été évoquée et accueillie avec scepticisme chez les parents qui ont fini par m'adresser l'enfant sur les conseils d'un psychiatre.

Thomas est un enfant doté de belles capacités intellectuelles, soucieux d'une indépendance d'idées qu'il affiche à la moindre occasion et pouvant être raisonneur jusqu'au pinaillage quand il s'agit d'obtenir gain de cause ou montrer qu'il n'a pas tort.

Les pistes psychologiques du bilan précédent n'ayant pas été suivies par les parents ni par l'enfant, et puisque le symptôme de Thomas paraissait se situer à l'interface somato-psychique, j'optais pour une approche hypnothérapique tout en affirmant qu'il faudrait reconsidérer la question d'une problématique plus vaste si on aboutissait à une impasse.

Il n'a cependant fallu, à ma grande surprise, qu'une seule séance pour que cesse ce raclement de gorge qui, rappelons-le, se manifestait comme un tic incoercible fréquent et très désagréable.

Cette séance, reproduite littéralement à partir de la bande vidéo, s'est poursuivie sur le ton de la conversation, Thomas gardant les yeux ouverts de bout en bout.

Mon projet était d'abord de trouver une situation plaisante pour l'enfant, dont il retrouverait des sensations corporelles agréables pouvant servir de contre-point au symptôme.

Il fallait aussi tenir compte de sa propension très nette à prendre le contre-pied, à contredire son vis-à-vis, à s'en démarquer, à contrôler les choses et à exercer constamment son sens critique.

Ne pas braquer cette façon d'être, mais plutôt proposer des inductions laissant fonctionner ce système défensif (la lévitation considérée comme une compétition entre les deux bras par exemple, ou encore la possibilité de me contredire... Ce dont il ne se privera pas).

Se servir aussi *paradoxalement* de cette attitude non seulement pour faciliter le processus de déconnexion mais surtout pour amener l'enfant à éprouver (au moins un peu) l'intérêt d'un assouplissement des facultés critiques, de son contrôle rationnel, et qu'il trouve plus de plaisir aux mouvements spontanés, aux effets de surprises, dans la vie affective et relationnelle en général.

« – Voilà Thomas, on va pouvoir commencer... Tu es bien comme ça ? Bien installé ? Le fauteuil est bien agréable ?

– Oui, ça va (*souriant*).

– En général, c'est ce qu'on me dit, le fauteuil est bien sympa parce que bien confortable... Voilà... Tu m'avais dit que ce que tu aimes bien c'est nager, c'est ça ? (*Thomas acquiesce.*)... Et tu m'avais dit aussi que quand tu nageais ce que tu aimais bien c'était cette sensation de *légèreté* (*Il acquiesce à nouveau*)... Et tu m'avais dit aussi que ça ressemblait au sommeil, mais qu'évidemment en même temps on ne s'ennuie pas...

– C'est-à-dire que par exemple quand on a envie de dormir et qu'on n'arrive pas à dormir on s'ennuie mais on se repose en même temps, tandis que là on se repose en même temps qu'on s'amuse.

– Oui, c'est encore mieux, t'as tout bénéf là. D'accord.

– On va en avoir une...

– Comment ?

– On va en avoir une. Le père d'un copain nous a donné le nom d'un constructeur de piscines et donc on va en avoir une.

– Ah, une piscine ? D'accord. Il te tarde non ? (*Il acquiesce.*) Quand est-ce que tu l'auras ta piscine ?

– Cet été.

– Cet été ! Il y a des choses qu'on attend comme ça beaucoup, et puis...

– On prendra le temps, on fera au fur et à mesure.

– On verra si ton problème va disparaître au fur et à mesure ou s'il va disparaître d'un coup. (*Il acquiesce avec la tête*)... Comme tout d'un coup par exemple, je sais pas moi, comme si l'été tu t'en vas en vacances, tu reviens et puis paf la piscine est construite, ça y est ! (*sourire de Thomas*)... Ça c'est pas mal aussi, que ça se fasse sans qu'on soit là toujours en train de regarder là...

– Au début ils avaient prévu qu'ils nous envoient chez les grands-parents pendant trois jours et puis y'a classe pendant trois jours mais en fait ils avaient rien trouvé, donc là...

(Thomas semble parler de certaines démarches de ses parents pour la future piscine, mais je ne saisis pas bien... d'où la question suivante quelque peu décalée.)

– Ça sera mieux comme ça ?

– Ouais parce que... *(flottement dû à ma question mal à propos.)*

– Ça va se passer comment alors finalement, comment tu crois que ça va se passer ?

– Ben, en fait ils vont avoir le devis là, ils ont déjà parlé des prix, ben ils sont assez bas quand même alors c'est bien, et c'est de la qualité alors la piscine elle risque pas de faire un glissement de terrain ou que le béton ne sèche pas, voilà.

– D'accord. Tout est bien prévu pour ta piscine là...

– Oui, parce que mon père il connaît du monde tandis que Monsieur Triboulet *(un voisin)* il en a entendu parler c'est tout...

– D'accord, il s'est lancé un petit peu au hasard avec n'importe qui...

– Oui, mon père en plus il lui avait dit "faites attention !"...

– Tandis que là vous avez bien fait attention, vous savez à qui vous vous adressez, vous savez que votre terrain permet de faire une bonne piscine sans risque de glissement, c'est ça ? *(Il acquiesce.)* Donc toutes les conditions sont bonnes pour réaliser ça. *(Il acquiesce.)* Ça va être intéressant, hé ? »

Sachant que la déconnexion hypnotique recherchée doit justement provenir d'un détachement – en confiance – d'un mode de fonctionnement où la raison et l'hypervigilance sont privilégiées, je commence par prendre acte de la valeur pour l'enfant de tout ce qui est prévu, calculé, bien réfléchi, en évitant de me mettre à dos son système habituel de protection.

La question est qu'il faut pourtant parvenir à « créer des ouvertures » sans braquer les défenses de l'enfant.

J'en appelle alors à son imagination.

« – Bon, eh bien, moi j'aimerais bien déjà qu'on se projette un petit peu à ce moment où tu vas découvrir ta piscine... J'aimerais que tu puisses l'imaginer, tu crois que c'est possible ou pas ?

– Bé oui parce que je connais déjà les emplacements.

– D'accord, bon tu peux y aller là ?

– À dicter ?

– Comment ?

– À dicter comment elle est ?

(Intellect quand tu nous tiens !)

– Non, non, pas à dicter, y aller toi simplement, dans ta tête, imaginer que tu découvres que ta piscine est faite, quand tu la découvriras *(Il acquiesce.)*... Alors pour ça tu peux garder les yeux ouverts si tu veux, mais dès fois c'est plus facile les yeux fermés. C'est à toi d'essayer, de voir... »

Je tente la fermeture des yeux, mais Thomas ne suit pas le filon : il gardera les yeux ouverts jusqu'au bout.

« – Non, mais... On peut l'imaginer (la piscine) en même temps qu'on regarde quelque chose, c'est-à-dire qu'on y pense, on imagine, on voit très bien comment elle sera, et puis en même temps on y voit.

– Ah, tu penses qu'on peut très bien voir un certain nombre de choses et imaginer encore d'autres choses en même temps ? (*Il acquiesce avec la tête.*) D'accord... Tiens c'est intéressant, je viens de voir que tu... que chaque fois que tu es d'accord avec ce que je dis ou chaque fois que... Ça suit bien, tu me fais signe avec la tête comme ça, un petit hochement de tête... Tu pourras laisser toujours ta tête me faire signe comme ça (*hochement de Thomas*) parce qu'elle sait bien le faire apparemment (*Il rit.*)...

Et puis donc, si tu veux, puisque tu me dis que tu peux même les yeux ouverts, tu peux très bien t'imaginer entrain de découvrir la piscine, et ce moment *intéressant* où tu vas la découvrir, où tu vas la voir pour la première fois... Là ça va être bon parce qu'il va y en avoir des choses qui vont se passer là, *agréables*, dans cette piscine... (*acquiescement*).

J'aimerais bien que tu puisses y retourner... euh... y aller déjà. »

Confusion temporelle involontaire attestant probablement d'un début de flottement hypnotique... chez le thérapeute.

« – En fait, on est en train de s'amuser à plonger, à récupérer dans l'eau des petits bracelets d'eau, des choses comme ça, et puis aussi il y a des grosses bouées là, on monte dessus elles se renversent...

– Ça c'est marrant, hé ? (*Il rit.*)

– On s'amuse à se sauter dessus, puis quelques fois on loupe la bouée alors (*rire*) ...

– C'est-à-dire, ça c'est des moments où on est complètement dégagés de tout ce qui s'est passé avant, et de ce qui va se passer après (*acquiescement*)... On vit l'instant présent, insouciant quoi... (*il acquiesce*), on est légers comme ça.

– Oui, je sais... Il y a un copain, un jour il m'a invité, il y avait des énormes bouées comme ça, on arrivait, on sautait dessus et puis la bouée coulait à moitié, et puis (*rire*) quelquefois on tombait, on s'amusait à se faire renverser, c'était marrant.

– Dans ces cas-là, on pense à rien de bien particulier en fait.

– Non, non !

– Y'a aucun souci en fait.

– Là on s'amusait, voilà, c'est tout.

– Y'a des moments comme ça où quand on est bien concentré en fait, les choses qui nous posaient problèmes ne posent plus problèmes, et puis des fois, ça s'en va... T'as pas remarqué ? (*Il acquiesce.*) Moi, je connais quelqu'un, il avait un grand mal de tête qui arrivait souvent et puis une fois il s'est amusé dans un loisir qu'il avait, tu vois, il faisait du théâtre, il adorait ça, et une fois il est parti avec

un mal au crâne pour une répétition et puis, il s'y est mis à fond à sa répétition, et puis il s'en est même pas rendu compte et quand il est sorti de là son mal de crâne était passé, il n'a plus jamais eu de mal de crâne... Enfin plus jamais comme avant quoi... Ca s'est vraiment... impressionnant, hein ? (*Thomas suit attentivement et acquiesce tout au long.*) et pourtant ça existe, parce que... Ben ça s'est passé comme ça.

Et il y a des choses quand on est dans une activité ou même quand on y pense simplement, complètement, il y a des choses qui peuvent se réparer aussi à l'intérieur de soi des fois.

– Je sais... »

Pas la peine d'en remonter à Thomas : on aura remarqué qu'il sait déjà toujours plus ou moins.

« – Le mercredi d'avant on est allés à la piscine municipale, comme j'étais souvent sous l'eau hé ben je toussais moins...

– Tu toussais moins ? Ça s'est intéressant alors... Il y a bien d'autres choses que ton inconscient, tu sais (*je me doute qu'il sait, alors autant qu'il sache que je sais qu'il sait !*), cette partie de toi qui est capable de... réparer... qui est capable... de guérir, qui est capable de te faire faire des choses intéressantes et tout ça, cette partie de toi là, des fois on est pas très très au courant de comment elle travaille, par exemple elle travaille dans les rêves, elle travaille dans l'imagination, elle travaille dans le corps aussi... Hé bien cette partie de soi elle est capable de marcher, de fonctionner toute seule quand on lui donne l'occasion de le faire... Tu vois ? Par exemple quand on s'endort, pendant le sommeil y'a des moments de rêves, et pendant les moments de rêves, l'inconscient il travaille (*Thomas hoche la tête*). Par exemple, je ne sais pas si ça t'est déjà arrivé mais y'a des moments où, tu vois, on ne sait pas très bien ses leçons le soir... ou, quoique toi tu es assez bon élève, mais bon disons que des fois c'est pas très bien mis en place quoi, des réceptions ou des choses comme ça, et puis le lendemain matin c'est vachement plus clair : on se réveille – “tiens ça y est !” –, comme si on avait appris pendant la nuit... Ça te l'a fait ça des fois ou pas du tout ?

– Ouais mon père il l'a dit ça.

– Y'en a, ça le fait, hein ?

– Oui mais... Non, en général, je m'y mets avant de dormir, et puis ça passe.

– Ah ça veut dire que tu le fais (= apprendre ?) juste avant de dormir, ça c'est pas idiot du tout comme système, parce que... On dirait que tu as senti déjà que si c'est un peu avant de dormir... Euh... Tu te prépares pour le sommeil, c'est-à-dire que tu donnes à manger un petit peu au sommeil pour lui dire : “Tiens, mets les choses bien bien en place, pendant le sommeil tu me répars tout ça, et puis demain matin ça ira parfait”... Hein, on dirait que tu l'as senti toi-même ça... Qu'est-ce que tu fais comme ça ? Tu me parlais de certaines choses que t'apprenais ou quoi ?

– J'sais pas... Un jour j'avais regardé le jeu Sim... Moi, je croyais que j'allais faire des cauchemars, alors je me suis dit “Bon, faut que je fasse attention” et

finallement je me suis endormi et c'est allé... J'avais pas remarqué que j'avais grandi depuis le temps en fait... Ils (parents) m'avaient pas laissé regarder des films comme ça.

– Tu sais, il y a des choses... D'abord quand on grandit on s'en aperçoit pas, sauf à certains moments particuliers, avec du recul quoi... Mais en fait ça marche tout seul, tu vois, là aussi c'est un peu comme notre inconscient qui travaille pour nous, tu grandis tout seul, t'as pas besoin d'y penser (*ton enjoué*) : "Tiens aujourd'hui je vais grandir de deux centimètres, tiens je vais grandir de un centimètre et demi dans trois mois, ou tiens peut-être que dans deux ans je ferai tant, peut-être que... etc., etc"... On n'y pense pas à tout ça (*il sourit*)... Par contre, on aime bien penser – je ne sais pas si ça te le fait à toi avant de t'endormir – à des choses agréables... Ça te le fait à toi ou pas ?

– Et ben moi en général avant de dormir... (*il sourit*.) Tu sais, comment ça s'appelle là ? Y'a des couvertures comme ça, elles sont... Ça s'écrase... C'est bien.

– Ouais (*Je ne vois pas du tout ce qu'il veut dire !*)... T'aimes ça ?

– Mumh (*il acquiesce*).

– Qu'est-ce qui est bien là-dedans ?

– Ben c'est... Tu peux t'envelopper dedans...

– Ça fait une agréable sensation, c'est ça ? (*Il approuve de la tête*.)... On est comme bien douillet dans la couverture, puis ça s'écrase un peu sur la peau, c'est ça ? Ça fait du bien...

– C'est bien pour l'hiver, parce que c'est lourd alors ça réchauffe...

– D'accord. Et après quand on s'endort on peut être au contraire *tout léger* dans sa tête (*il approuve*)... Un peu comme si, quand on s'endort, les soucis s'en vont (*idem*)... Ce à quoi on pense, qui revient souvent, tout ça ça s'en va... Et là j'aimerais... Non pas que tu dormes, hein ? (*il rit*.)... Voilà... Il s'agit pas de dormir ici ! Mais il s'agit... J'aimerais bien que tu retrouves encore un petit peu cette sensation de *légèreté* que tu as quelques fois quand tu nages, tu vois ? Au niveau du corps et au niveau même de l'esprit... La légèreté... Tu m'avais parlé de légèreté, je crois ?

– Oui. »

Thomas commence à présenter des réactions (et surtout des ressentis) bien spontanées, ce qui m'engage à aller plus loin dans la déconnexion pour préparer la lévitation d'un bras, métaphore ici de changements parfois inattendus, mouvements intérieurs générés par une « force interne » que l'on laisse volontiers agir pour nous.

« – Est-ce que tu peux la retrouver cette légèreté ? Alors peut-être dans tes bras ? Peut-être dans un de tes bras ? Ou peut-être dans ton corps tout entier, peut-être dans ta tête et partout... (*Thomas a l'air de se concentrer*.) Je te laisse un petit peu de temps...

– J'sais pas, dans les bras, j'aime bien.

– Ouais ? Vas-y. Tu veux dire lequel ?

– Dans les deux.

– Les deux ? Très très bien, OK. Tu laisses cette légèreté encore s'amplifier. Puisque tu y arrives bien, on va profiter de ça parce que ça veut dire que quelque part, t'as une ressource là qu'on va bien utiliser pour ton problème, tu verras (*Il hoche la tête.*)... Déjà ton problème, il commence à être travailler par ta partie inconsciente, et maintenant, toi tu vas l'aider encore à ton inconscient pour bien travailler ton problème... De façon à ce que tu puisses devenir léger, et puis tu sais, ton problème, il peut se *dissiper* un peu comme des nuages... Tu sais des fois il y a des nuages, ils sont là, ils sont bien là hein ? Eh bien petit à petit ils vont disparaître parce qu'ils sont emportés, *légers*, et ils vont se disséminer partout... Et le nuage a disparu. Hein ? C'est comme ça que les choses se passent. »

Thomas, dont le symptôme ne s'était pas manifesté depuis le début de la séance, tousse vivement comme il le fait régulièrement au quotidien.

Le symptôme se rappelle à notre bon souvenir... Juste au moment où on parle de sa disparition.

« – Voilà ! Le nuage il est là ! Et il va bientôt disparaître grâce à ton inconscient que tu es entrain de mobiliser... Essaie de bien sentir la légèreté dans tes bras... Peut-être le bras droit ou le bras gauche ou les deux pareils ?

– Les deux.

– Les deux pareils ? Ça c'est très bien. On va voir si y'en a un qui va gagner l'autre en légèreté. Parce que parfois y'a des rivalités... Tu sais, comme des enfants qui sont en rivalité, ils s'aiment bien mais ils sont en rivalité : y'en a un qui dit toujours à l'autre : "Ouais, moi je vais te gagner" (*il rit*), l'autre qui dit : "Non, non, pas question", et ils font la course, et y'en a peut-être un qui va devenir tellement *plus léger* qu'il va commencer à gagner l'autre en se *décollant* un petit peu... »

Rivalité, se démarquer de l'autre, le gagner... Autant d'attitudes que Thomas connaît bien lui-même dans ses relations, ingrédients familiers que j'utilise donc pour faire progresser la déconnexion.

« – Tu sais, c'est comme si le coude il sert un peu de support et puis le bras qui décolle un peu comme un avion qui se décolle d'une piste, parce que l'avion il est très lourd au début (*Thomas acquiesce*) et puis il prend de la vitesse et après il *décolle*... On va voir lequel gagne en légèreté plus vite que l'autre... (*On entend des bruits à l'extérieur.*) Et tu peux entendre ces bruits qu'on entend de l'extérieur... Tu vois y'en a un qui travaille là... Chacun son boulot hein ? Moi je préfère être là en train de faire mon travail, que son travail qui a l'air pénible du point de vue physique... »

Je souhaite intégrer les bruits extérieurs au processus hypnotique. La fenêtre est ouverte, ces bruits sont assez gênants pour moi, ce qui provoque des commentaires mettant très maladroitement en cause le travail du « gêneur »... propos sans doute tenus aussi malgré moi dans la lignée des « rivalités » évoquées juste avant.

Thomas remet bon ordre à mes commentaires.

« – Ça dépend. En général, on fait bien ses études pour pouvoir faire le métier qu'on veut, alors...

– Ouais... Tu veux dire quoi là ?

– Ben, ça veut dire que vous, vous avez voulu devenir psychologue, ben c'était votre choix.

– T'as raison.

– Mais lui, il a voulu devenir chef de chantier ou quelque chose comme ça, c'est son choix.

– Tout à fait ! Donc lui il est content dans ce qu'il fait, mais je parlais du bruit moi surtout... Bon lui, peut-être que ça lui convient bien... Peut-être aussi toi ça te convient... Tu peux écouter de temps en temps ce bruit, ou ne pas l'écouter...

Ça ne t'empêche pas de sentir la légèreté qui se gagne dans le bras... Et moi je préfère effectivement le silence au bruit, ce n'est pas quelque chose qui m'est agréable, c'est tout ce que je voulais dire, sinon... Chacun ressent les choses comme il les ressent, bien entendu, tu as raison... Et là je me demande si tu ressens la légèreté qui se gagne d'un côté plutôt que de l'autre ?

– (*Il sourit.*) Là c'est des deux côtés.

– Des deux côtés ! Alors si ça se trouve on aura la surprise de les voir les deux se lever *plus haut*, plus haut encore tellement ils sont légers... Comme un avion qui décolle pour rejoindre les nuages là-haut, et les nuages vont *se dissiper* complètement quand ton bras gagnera de la hauteur... Tu sais parfois...

(*Thomas observe ses bras avec beaucoup d'attention.*)

– C'est très bien d'être attentif à tout ça... C'est très bien d'être attentif à ce que tes ressources intérieures font là... C'est-à-dire que ton inconscient, il t'aide, bien entendu, à gagner en légèreté là... (*Il acquiesce.*) Et toi tu constates, c'est très bien de constater les effets de ton inconscient sur la légèreté de ton bras

(*Thomas a l'air de ne se concentrer maintenant que sur son bras gauche qui se décolle un peu de l'accoudoir.*)...

On va voir... *encore*... Parfois ça peut aller très haut... Ça peut aller jusqu'au visage, ça peut aller encore plus haut (*sourire étonné*), ouais, ouais... C'est surprenant... On va laisser aller là, on va attendre la surprise, tu sais comme toi quand tu auras la *surprise* de *découvrir* ta piscine là... Imagine que tu reviens de chez tes grands-parents, ou je ne sais plus ce que tu m'as dit, alors tu reviens là de ta famille...

– Oui, je sais, c'était prévu, mais comme ils avaient rien trouvé c'est annulé...

– Y'aura bien quelque chose qui va se passer avant que tu découvres ta piscine... Et hop ! Tu arriveras devant chez toi et tu diras : "Qu'est-ce que je vois ?"... (*Thomas regarde alternativement son bras gauche et son bras droit.*) Ça y est, ça se décolle ?

– Oui (*sourire amusé*).

– Çui-là il est plus rapide ! Ça s'est marrant, tu vois, je m'attendais à l'autre et c'est celui-là qui se décroche ! (*Thomas rit franchement.*)... Maintenant l'autre, il n'a peut-être pas fini, il n'a pas dit son dernier mot encore non plus.

– Ouais, peut-être...

– On verra ça. On va voir la compétition comment elle se poursuit... (*Un bras se lève.*) Très très bien... En voilà un qui prend son aise là-bas (*Il sourit.*)... Est-ce qu'il va y avoir de la réplique de ce côté ? On verra bien. C'est toujours intéressant de voir comment les choses se passent quand on *laisse faire*, tu vois ? Si tu laisses faire ton inconscient comme tu le *laisses faire maintenant*, tu verras que ton problème va se dissiper aussi tout seul... Comme quand tu étais aussi *avant* que ça se passe... hein ? (*Il acquiesce.*) Avant tes crises de toux tu étais tranquille (*hochement de tête approuvatif*), tu avais la gorge *légère*, insouciant, sans rien... Et puis t'y pensais même pas parce que ça se passait tout seul... Eh bien là je me demande si ton inconscient va t'aider en te faisant oublier complètement tes irritations (*petite secousse de la main gauche que je ratifie.*)... Très, très bien... (*Thomas sourit en constatant la réaction.*)... Je crois qu'il a bien réagi ton inconscient là ! Je crois qu'il est un peu d'accord avec ce que je viens de dire là, c'est-à-dire qu'il va peut-être te faire oublier... soit demain, soit dans une semaine, soit dans un mois... te faire oublier que finalement t'as envie de... racler la gorge... Peut-être que les envies se feront oublier (*il acquiesce*)... »

Je me souviens qu'à ce moment je me suis demandé s'il était bien judicieux d'évoquer aussi directement le symptôme du « raclement de gorge ».

J'ai poursuivi avec le terme d'irritation mieux adapté car moins direct et englobant avec le symptôme physique d'éventuelles tensions psychologiques pouvant y participer.

« – Peut-être que tout simplement tu n'auras plus d'irritations du tout, parce que ton organisme tu sais il a mis une irritation à moment donné et puis il est capable de la faire sortir (*Secousse très nette du bras droit vers le haut que je n'ai pas perçue sur le moment*) Et ton inconscient il *sait* résoudre ça... (*Réaction du bras gauche vers le haut.*) Très, très bien... Je vois qu'il réagit bien (*Idem du côté du bras droit.*) Même ici ! (*Je montre le bras droit. Thomas s'amuse manifestement en me montrant de la tête le mouvement de son bras droit.*)... Moi j'ai bien senti l'autre mais pas çui-là... C'est incroyable ! Tu vois il y a des choses on croit que ça bouge doucement et en fait ça bouge beaucoup plus qu'on le croit...

– Comment ça se fait ? »

Faut qu'il comprenne Thomas !

« – Eh bien oui, c'est parce que c'est ton inconscient, tiens, qui a compris... Il a compris qu'il fallait t'aider à changer, que tu n'y arrivais pas tout seul, tu vois ?

Alors toi tu es malin, parce que tu t'aides de moi, de mes techniques, pour les mettre à profit pour ton problème, mettre à profit comment le faire bouger, mais c'est ton inconscient qui sait le faire bouger... Alors toi tu ne sais pas le faire bouger ton problème ?

– Non...

- Hein ? Puisque tu es chez moi... Et maintenant on apprend...
 - (*Thomas recentre sur les phénomènes physiques.*) C'est bizarre, j'ai l'impression que ça pousse en dessous des mains.
 - Très, très bien... Ton inconscient il est capable de pousser aussi beaucoup de choses qui te gênent... Comme ce qu'il fait là pour tes bras...
 - (*Amusé*) Mais comment ça se fait que ça pousse sous les mains ?
 - Très, très bien... (*Il rit.*) C'est rigolo, non ?
 - Ouais
 - Plutôt rigolo... Et c'est plutôt nouveau hein ? Y'a des choses à quoi on ne s'attend pas et qui se passent... Et ça c'est le plus intéressant, tu remarqueras peut-être... Dans la vie, les choses les plus inattendues... Par exemple tout à coup paf tu vois ta piscine, alors que jusque-là tu n'en avais pas... Ça c'est vachement marrant, encore que là tu l'avais prévu... Mais tandis qu'il y a des choses qu'on ne prévoit pas du tout (*Il acquiesce.*) et puis du jour au lendemain comme ça ça disparaît... Ou d'autres choses intéressantes apparaissent... Tu vois ? Comme par exemple une forte envie... Euh, d'aller nager, à un moment donné... Pour être bien bien dans son corps... Très léger...
 - Ça ici ça pousse plus... (*M'indiquant son bras droit.*)
 - Ça pousse plus ? Bon, ça veut dire que le travail a peut-être tendance à être fini ici, et que là-bas (Bras droit) ça continue...
 - Alors là, c'est un peu plus long quand même !
 - (*Le bras droit continue à bouger.*)... Je crois qu'il y en a un qui prend les choses en mains là... (*Sourires*) pour te débarrasser de ton problème... Est-ce que ce problème il va, ton organisme va l'oublier complètement, c'est-à-dire réparer les choses pour que tout aille bien... Et à ce moment-là, tu auras des changements... Mais les changements, ce sera quelque chose de positif qui va s'installer à la place... Parce que évidemment tout d'un coup passer d'une chose à une autre il faut qu'on y gagne quelque chose... »
- Autrement dit, on a beaucoup à gagner en perdant un symptôme.
- « – Tu vois par exemple l'enfant qui veut faire du vélo, au début c'est difficile, il ne sait pas en faire, alors il veut passer de la marche au vélo... Il sait pas comment faire, il apprend à le faire, son inconscient l'aide beaucoup... Pour trouver son équilibre et tout ça, et puis quand il sait le faire il a gagné quelque chose, c'est qu'il sait faire du vélo, tu vois ? (*Thomas acquiesce, tandis que son bras gauche a une secousse vers le haut.*)... Tiens, tiens, tiens, ça réagit là-bas ! (*Sourire et comportement amusés de l'enfant. On entend la maman de Thomas entrant de l'autre côté dans la salle d'attente.*)
- Attends, je vais mettre de la musique dans la salle d'attente pour ta maman, tu laisses les choses se continuer...
- Çui-ci (= le bras droit) il commence à reprendre là...
 - Très bien.

– Cette fois-ci c'est le gauche qui... (*Il sourit.*)

– C'est le gauche qui quoi ?

– C'est le gauche qui... Ça bouge plus.

– Ah ! Ça veut dire que ton inconscient est en train d'équilibrer les choses-là ?

(*Suit un temps où les bras restent dans leurs positions, puis mouvement d'un doigt de la main droite.*) Ah !

– Ça pousse qu'un doigt là !

– Ça pousse qu'un doigt ? Ça c'est drôle... Tiens, tiens, tiens.

– C'est marrant !

– Peut-être davantage d'indépendance par rapport à ton problème aussi. Ça veut dire que tu n'y penses même plus... (*Un autre doigt s'écarte.*) Comme ce doigt-là... Qui s'échappe lui aussi... Dis donc, mais ils gagnent en indépendance tes doigts ! (*Thomas rit en observant ces mouvements. Les doigts de la main droite se mettent aussi à bouger.*) Ils ne sont pas fixés toujours à la même chose tes doigts là... Ça c'est intéressant aussi, hé ? Qu'il y ait beaucoup de liberté de manœuvre... (*Les doigts bougent, Thomas rit.*) Très, très bien... Ce qui a de très bien c'est qu'en même temps ça se fait tout seul et en même temps toi tu t'aperçois de ce qui se fait, hein ? (*L'enfant est très concentré sur les mouvements de ses doigts.*)... Très bien, ouh là y'en a un qui réagit bien, tout seul... Et c'est tout simplement quand ton inconscient sentira... Que ton problème... S'est dissipé... Ou il va se dissiper dans les jours qui arrivent, il faut peut-être un certain rythme, mais peut-être il est déjà parti... hein ? Tu pourras essayer de te racler la gorge volontairement pour voir si c'est bien volontaire, ou s'il est parti un peu ou si c'est pareil... »

Comme Thomas est un enfant à qui « on ne la fait pas » – c'est son saint patron qui m'a soufflé le choix de son pseudo – je lui offre la possibilité de mettre lui-même notre travail à l'épreuve, de le vérifier dans le réel... Avec un propos certes on ne peut plus paradoxal, avec des effets de confusion.

« – Mais de toute façon tu vas voir qu'il y a quelque chose de différent... Alors est-ce que c'est *de suite là*, ou est-ce que c'est *demain* ? Est-ce qu'il va falloir que tu forces là toi-même pour racler alors que tu n'en auras même plus envie ? (*Moue perplexe de Thomas.*) Va savoir hein ? On ne peut pas savoir... Mais y'a quelque chose qui est en train de bouger et ton inconscient quand il l'aura bien mis en place, à ce moment-là, il te redonnera de la lourdeur dans tes bras qui retrouveront – à quel rythme ? Je ne sais pas, on verra bien – qui retrouveront les accoudoirs dans la position de départ... Quand le travail sera bien avancé...

– Là, y'a, pas le petit doigt mais celui d'après, aussi il bouge là.

– Ouais. Ils sont bien indépendants, ça c'est amusant. Mais là on va attendre, hein ? On va attendre que tu aies une sensation de lourdeur qui apparaisse parce qu'à ce moment-là ça voudra dire que ton inconscient aura fini de mettre *la solution* en place ou *les solutions* – peut-être qu'il y en a plusieurs – pour résoudre ton problème.

– Quand ça tire vers le bas ?

– Oui. Tu le sens déjà ou pas ?

– Oui, un peu.

– Très bien. Ça veut dire que ça commence à venir, que ton inconscient il a trouvé la solution pour résoudre ton problème. Est-ce que ce sera simplement que *tu oublieras* de racler la gorge ? Est-ce que l'irritation aura passé complètement, peut-être demain, peut-être dans la nuit, peut-être après-demain... On verra bien, hein ? Est-ce que c'est autre chose encore que ton inconscient a trouvé ? On n'a pas besoin de le savoir en fait. Nous tout ce qui nous intéresse, ce qui t'intéresse j'imagine, c'est que tu sois débarrassé du problème, hein c'est ça ? (*Il acquiesce.*) Très bien, on va voir à quelle vitesse ça va redescendre... Des fois ça va très vite, des fois ça va par paliers.

– C'est marrant, je trouve c'est comme si y'avait des crans.

– Comme si il y avait quoi ?

– Des crans.

– Des crans ? Ah oui.

– Des fois je les sens craquer.

– Ah oui, ça fait souvent comme des paliers là, comme ça ? Tu sais comme quand on descend un escalier marche après marche, tu sais ? C'est un peu ça les crans que tu disais ?

– Ouais. (*Thomas fait une remarque difficile à entendre sur les mouvements de sa main gauche*)

– Très très bien, tu laisses faire, maintenant tu commences à être habitué à tous ces phénomènes hein ? (*Petit acquiescement*) Donc tu leur fais confiance parce que c'est comme ça que les choses vont se régler... Et en plus tu auras appris quelque chose, tu auras appris *plein de choses* pendant cette séance... »

Élargissement du travail réalisé à des apprentissages plus vastes et conséquents, touchant à la progression et au bien-être de Thomas.

« – Des choses que tu sais, puis des choses que tu sais moins bien mais que tu as apprises quand même... C'est un peu comme quand on apprend à faire du vélo : on apprend à rester sur le vélo, mais en même temps on apprend... *davantage d'équilibre*, on apprend à faire attention à la route mais en même temps qu'on peut penser à autre chose mais tout en faisant attention... Tu vois, on apprend plein de trucs mais on s'en rend pas compte en fait... Là tu auras appris beaucoup... beaucoup de choses. Pas simplement pour ton problème... Tu as aussi appris qu'on pouvait faire confiance par exemple à d'autres choses... *intérieures...* (*Les bras ont des secousses vers le bas.*) Très très bien... Ça se précise... Et je crois que, on n'y est pas encore mais quand tes bras toucheront les accoudoirs, hé bien à ce moment-là on va pouvoir revenir, hein ? Pour le moment... (*Thomas toujours amusé par le jeu de ses bras fait des remarques à*

ce sujet.) Très bien... Et de toute façon il s'est passé quelque chose de très important dans cette séance... De toute façon, que moi j'ai... pu voir... (*"mumh" peu probant de Thomas.*) Toi aussi ?

– Euh, oui... (*La question sans doute trop ouverte et allusive – ou impliquant un "plus" de ma part sur sa propre perception ? – reste sans écho et Thomas préfère revenir sur son bras gauche.*)

– C'est marrant ça... Ça y est, il redescend.

– Oui. Cui-là il a été le premier à monter et le dernier à descendre. Il avait beaucoup de travail à faire. Il a travaillé le plus celui-là, qu'est-ce que t'en penses ?

– Peut-être.

– Peut-être mais on peut pas savoir hein ? L'essentiel c'est que ça a travaillé. (*Le bras gauche s'abaisse.*) Très très bien. C'est très bien de laisser faire les choses comme ça... pour que les problèmes disparaissent après le travail... de ton inconscient...

– Çui-ci (= bras droit) il tire... Comme... Il touche (*l'accouder*)...

– Bien, la prochaine étape – là t'y es bientôt – ce sera quand les deux bras seront bien posés, tu prendras les choses aussi en mains cette fois-ci et tu retrouveras ton tonus complètement (*Thomas acquiesce.*)... On attend hé, c'est quand il va toucher... (*L'enfant s'amuse toujours des mouvements spontanés de son bras.*) Ah, il prend son temps hein le bougre ! (*Je montre l'autre bras.*) Çui-ci il est déjà presque au repos là, il attend l'autre... Tu sais c'est comme toi et ton copain quand tu seras à la piscine... Y'en a un qui attend l'autre parce qu'il arrive à la nage, pour sortir... tu sais... du bain... après s'être bien bien marrés, et après beaucoup de légèreté, d'insouciance, et là on peut ressortir bien en forme... Très bien...

– (*Thomas regarde son bras gauche.*) Çui-ci débarque...

– Oui, il débarque... Tout à fait... Et on va le laisser débarquer.

– Ça peut prendre longtemps comme ça ?

– Comment ? Tu veux dire maintenant là ? Maintenant ça y est quasiment, hein ? (*Je tente de dégager en touche mais Thomas revient à sa question.*)

– Non, non, je veux dire ça peut prendre longtemps.

– Ah oui, ça peut, ça peut, il suffit de laisser l'inconscient le faire, ça peut être rapide, ça peut être long, l'important c'est de laisser faire les choses... À leur rythme, parce que si on les laisse faire à leur rythme comme toi tu l'as fait, alors ça veut dire que les choses elles se font bien quoi... Tu vois ? C'est un peu ce que tu disais par rapport aux histoires de terrains... Y'a des terrains qui...

(*Les deux bras sont maintenant posés sur les accoudoirs, Thomas reprend son tonus.*) C'est bien, tu reprends... les choses en mains.

– (*Il crispe et détend les doigts de ses mains en riant.*) Ça fait bizarre ! Y'en a où c'est les pieds comme ça qui montent ?

– Euh... Oui. Tu sais y'a plein de choses qui peuvent arriver, l'important c'est que l'inconscient lui il sait ce qu'il faut faire, alors on lui laisse le faire, tu vois ?

Comme quand t'as un bon ouvrier, tu fais confiance au bon ouvrier et puis comme ça... (*Thomas, qui n'a manifestement cure de ce que je lui raconte, étire son corps tout entier.*) Voilà, comme ça ! Ça fait du bien quand on ressort, hein ? »

Les propos qui suivent nous ramènent dans la réalité bien concrète, et ses dimensions d'espace et de temps.

« – (*Il s'entortille en rigolant.*) Ça me rappelle le chat ça.

– Le chat ?

– Ouais.

– On sent qu'il est bien quand il s'étire comme ça ! Comment il s'appelle ton chat ?

– Chouky.

– Chouky... Et qu'est-ce que je veux dire, qu'est-ce que tu vas faire maintenant ?

– Ben, je vais retourner à l'école.

– Maintenant, de suite, là ?

– Non là c'est terminé...

– Après manger.

– Il est midi là...

– Il est midi, tu vas aller manger c'est ça ? Eh bien on va dire à ta maman que ça y est on a travaillé, OK ? Ça te va comme ça ?

– Ouais. »

Thomas étire bien son corps une dernière fois.

Commentaires du docteur J. Philip Zindel⁵

Note : Commenter même une seule séance d'hypnose ericksonienne – complexe par définition – ne peut se faire que si l'on se restreint à ne considérer que certains points et à en laisser d'autres de côté. Mon ambition ne sera donc pas de proposer une explication de texte complète du travail thérapeutique de Bernard Etchelecou avec Thomas. Mais je me dois, avant tout, de préciser que j'ai eu le privilège d'être autorisé à visionner le CD de cette séance, et que je dispose donc, pour les commentaires qui suivent, d'un certain nombre d'impressions et d'informations supplémentaires concernant les aspects non-verbaux du déroulement de cette thérapie. Nous verrons que ces derniers ne sont pas sans importance pour comprendre le processus thérapeutique et les interactions entre les deux protagonistes.

.....

5. Psychiatre-psychothérapeute, président de la Société médicale suisse d'hypnose.

Comme l'auteur le décrit très bien dans son texte, il est visiblement important – et sécurisant – pour Thomas de « savoir », et il n'accepterait pas facilement qu'on essaie de lui prouver le contraire. On sent chez lui un grand besoin de contrôle, qui se manifeste entre autres – on peut le voir de manière très frappante dans le CD – par d'innombrables petits coups d'œil contrôleurs et sceptiques jetés vers le thérapeute du début à la fin de la séance. Thomas n'est donc pas du genre à se confier et à s'abandonner aveuglément à ce qu'on lui propose. Il n'aurait donc pas été très judicieux de lui imposer une hypnose les yeux fermés, à moins de risquer de le déstabiliser et de renforcer encore plus ses défenses.

Une deuxième observation, que le simple texte ne permet pas de déceler mais que le visionnage du CD met bien en évidence, est qu'au début de la séance, les mains de Thomas ont inconsciemment pris une position assez insolite : ses doigts apparaissent crispés dans l'air au-dessus des accoudoirs, évoquant en moi l'image des pattes d'une perruche agrippées à un perchoir virtuel. Mais l'observateur peut suivre au fil de la lévitation comment les doigts se détendent peu à peu – sans qu'il n'y ait aucune suggestion explicite à ce sujet de la part du thérapeute. On peut y voir le reflet du fait que les tensions internes du garçon se dissipent au fil de la lévitation et du jeu imaginaire avec la piscine que lui propose en même temps le thérapeute. Il apprend, sans s'en rendre compte, à se détendre dans une situation complexe, à faire confiance en ses processus inconscients, apprentissage que le thérapeute encourage d'ailleurs avec force de suggestions directes et indirectes. Tout ceci se passe sans que jamais l'enfant ne soit obligé d'avoir la sensation de perdre le contrôle des événements. En plus, ce garçon, si sérieux et sceptique au début, s'amuse. Pendant toute la séance, il peut se sentir maître de ses découvertes auxquelles l'invitent les suggestions du thérapeute.

On remarquera que l'approche ericksonienne qu'a choisi l'auteur permet, du moins dans ce cas, de travailler de manière thérapeutique sans explorer les « causes » des symptômes, ni le contexte familial, social, ni les antécédents. Cette approche permet d'éviter d'éventuelles confrontations avec des zones conflictuelles de la vie qui risqueraient de contribuer à camper l'enfant encore plus solidement dans son attitude rigide et de prolonger le travail. L'hypnose ericksonienne propose bien plus une forme de jeu, c'est-à-dire une manière naturelle d'apprendre des comportements. C'est d'ailleurs ce que l'on peut constater plus facilement aussi en visionnant le CD : le thérapeute et l'enfant sont vraiment toujours en train de jouer ensemble avec une grande densité affective, avec des mots, des images, des sensations, un jeu qui prend parfois même l'aspect d'une véritable joute. Le cheminement de ce jeu n'est pas un fruit du hasard : d'une part il suit le train que lui donne le patient lui-même en acceptant ou en rejetant les suggestions proposées, et d'autre part le thérapeute fait

intervenir des suggestions habilement choisies visant à utiliser les résistances du garçon autant que ses ressources.

Du côté des résistances, il joue avec le sens de la rivalité de Thomas, une attitude qui se traduit dans la relation thérapeutique par son comportement qui suggère un petit peu : « Tu ne m'en feras pas voir. » Au lieu d'essayer de lui faire prendre conscience de cette attitude ou de travailler dessus, B. Etchelecou propose indirectement de l'internaliser, de la transposer dans une rivalité virtuelle entre ses deux bras. Lequel des deux bras va être plus rapide que l'autre ? Il n'essaye pas de changer cette attitude, mais il la respecte, l'honore même en l'invitant à devenir le moteur d'une lévitation. Du côté des ressources, B. Etchelecou utilise le fait qu'il avait découvert auparavant avec l'enfant sa capacité à se sentir bien, à l'aise, sûr de lui, à partir d'une sensation kinesthésique : la légèreté dans l'eau. En combinant donc ces deux éléments, la rivalité et la légèreté, tout est prêt pour motiver Thomas à vivre une expérience nouvelle où il va retrouver, comme par magie, à l'intérieur de ses bras cet esprit de compétition et le vécu de légèreté par excellence sous la forme de la lévitation.

Mais pourquoi utiliser précisément une lévitation pour guérir une toux ? J'ignore si B. Etchelecou a « prémédité son coup » ou non. J'en doute, car l'inspiration dans le travail hypnotique surgit en général de la situation même, et découle d'une implication créative forte et spontanée de la part du thérapeute. *Le principe général de l'hypnose thérapeutique se fonde sur le plan expérientiel : il s'agit d'inviter et de permettre au patient non pas de comprendre plus mais de faire des expériences nouvelles, souvent surprenantes, sur la base de ce qu'il sait déjà faire, expériences qui lui permettent d'aborder autrement – sur un plan qui n'est pas forcément conscient – les problèmes qu'il essayait de résoudre jusque-là par ses symptômes*⁶. La forme concrète du phénomène hypnotique utilisé est donc reléguée au second plan par rapport au fait qu'il doit se construire spontanément pendant l'hypnose. En d'autres termes, la lévitation des bras de Thomas n'est ainsi pas liée au fait qu'il s'agissait d'une toux, mais au fait qu'il aime la légèreté et la rivalité. De plus, c'est pour lui un vécu surprenant, surgi de Dieu sait où, mais dont il sent qu'il existe un rapport symbolique avec son symptôme.

Comment, pour terminer, s'expliquer que plusieurs mois après une seule séance, l'enfant se porte, selon les dires de sa mère, toujours parfaitement bien, ceci sans « déplacement » de symptômes ? Certes nous sommes toujours tenus à construire des hypothèses, mais nous pouvons admettre *qu'un changement thérapeutique se met en route quand se crée, au niveau de l'inconscient, un nouvel amalgame entre*

.....
6. Souligné par moi (B.E.).

*des forces intérieures jusque-là en opposition, bloquées dans un symptôme, et que ces forces trouvent une nouvelle direction dans laquelle agir*⁷. La toux nerveuse de Thomas devait apparemment avoir une certaine signification, secrète, inconsciente, et qui restera mystérieuse, sinon elle n'aurait pas disparu. Mais les suggestions de changement et surtout le fait d'avoir vécu une expérience aussi insolite qu'involontaire et convaincante ont permis à Thomas d'établir une relation un peu plus détendue, plus confiante et plus vivante avec son propre inconscient – un inconscient capable de faire des lévitations !

3. Modes d'induction et travail psychologique en hypnose ericksonienne et en sophrologie

L'optique ericksonienne s'accorde sans grande difficulté au principe d'action positive cher à A. Caycedo : mobilisation d'un inconscient bienveillant pour Erickson ou utilisation et renforcement des « structures phroniques positives » dans la terminologie de Caycedo. L'élargissement du champ de conscience en sophrologie et la recherche des ressources potentiellement présentes en hypnose semblent participer d'un même principe de base : utiliser les « parties saines » de l'individu pour trouver d'autres issues que le symptôme.

Note : Les deux approches ont un même souci d'apprendre au patient à se passer du thérapeute (mais quelle thérapie n'envisage pas ainsi les choses ?) et à se servir de mieux en mieux de ses propres ressources.

Se rendre autonome par l'apprentissage de « techniques » de lâcher-prise, de déconnexion, dans une relation d'alliance, de coopération, excluant toute directivité ou « ascendant » de la part du thérapeute.

Ce type d'accompagnement est généralement adopté en hypnose (*position basse, apprentissage*), mais Erickson nous a aussi habitués à choisir les « stratégies utiles » pour aider à la résolution des problèmes... Les caractéristiques de tel patient particulier peuvent donc inciter le thérapeute à prendre une attitude très différente et peu orthodoxe (défi, consignes impossibles à respecter, etc.).

La question majeure du transfert et contre-transfert reste discutée, délibérément éludée ou attentivement considérée, selon les positions et formations des praticiens

.....
7. *Ibid.*

des deux approches. Principe d'action positive, relation thérapeutique d'alliance, recherche de déconnexion vis-à-vis du monde extérieur, mise en veilleuse des fonctions rationnelles et de contrôle conscient... sont autant de points de convergence entre hypnose et sophrologie. Mais les procédés techniques d'induction sont assez différents selon l'approche employée.

Modes d'induction hypnotique et sophronique

LA DÉTENTE

On encourage dans tous les cas une modification de la conscience ordinaire, celle à laquelle le moi s'identifie généralement et qui se repère par des constantes d'espace et de temps dans un rapport « cohérent », rationnel, avec le monde extérieur. Mais cette modification ne s'induit pas toujours de la même façon ni avec la même intention.



GROS PLAN

L'ericksonien met à profit que des éléments contraires peuvent entraîner cette mise entre parenthèses des fonctions de contrôle du moi (analyse, synthèse, initiatives calculées...) et un désinvestissement de la volonté consciente. Par exemple, pour amener l'état de « transe », les bruits extérieurs peuvent aussi bien être récupérés que le calme environnant (et l'on peut également s'intéresser au contraste existant entre son calme intérieur et l'agitation extérieure pour éprouver encore plus intensément et approfondir cette sensation de calme...).

L'hypnothérapeute cultive le paradoxe et multiplie les offres de déconnexion grâce à des stratégies inductives variées visant à court-circuiter le conscient de son patient. Il ne fait pas aussi systématiquement appel à la détente que ne le fait le sophrologue.

La respiration ample et profonde qui suffit souvent à elle seule à entraîner la détente intéresse naturellement à la fois le sophrologue et l'hypnothérapeute. Mais elle n'est pas forcément traitée par les deux de la même façon.

Imaginons un patient ayant du mal à respirer calmement. L'hypnothérapeute pourrait dire « une détente ou un autre phénomène intéressant peut surgir à tout endroit de votre corps tandis que votre souffle continue à chercher son rythme harmonieux ». Où le sophrologue exercera le plus souvent son patient à la respiration

abdominale, pour le faire évoluer vers un état « à mi chemin entre la veille et le sommeil ».

La sophronisation passe en fait par une relaxation physique et mentale régulièrement travaillée et approfondie qui constitue la voix royale d'accès à l'état sophronique, son préalable incontournable. Tout concourt au relâchement dans le bien-être : la voix apaisante du sophrologue, les suggestions de détente invitant au lâcher-prise, à l'apaisement des tensions. Il cherche moins directement à dépotentialiser le conscient qu'à élargir le champ de la conscience, dans une meilleure réceptivité, accrue par la détente, aux données physiques et mentales vécues sans dichotomie. Autant dire qu'il n'a pas besoin de ratifier les réactions involontaires et que, d'une façon générale, les inductions sophroniques préalables – *sophronisation de base* – s'apparentent aux techniques de relaxation.

Note : Constatons malgré tout la présence implicite de paradoxes dans certaines propositions sophroniques classiques ; « être réceptif » (= en fait intention active d'être non actif !), vouloir « vivre tout ce qui se passe » (= vouloir... ne rien vouloir de précis en somme).

En sophronisation, si bien sûr le patient vit sa détente à sa manière et de façon non standardisée, le thérapeute propose en fait un schéma inducteur qui, à quelques variations près, reste sensiblement identique dans tous les cas :

→ détente physique → relâchement mental → vécu global « psychophysique »
dans le bien-être de la détente → élargissement du champ de conscience
(= état « sophronique » propice aux évolutions thérapeutiques).

Le sophrologue soutient en outre que la conquête de la conscience humaine s'appuie fondamentalement sur la conquête de la corporalité. On a vu que *le travail d'intégration du schéma corporel et l'image de soi* ont une place primordiale en sophrologie, notamment dans les différents degrés de la relaxation dynamique qui dépasse le cadre strictement thérapeutique pour proposer un parcours personnel dans la connaissance de la conscience humaine et de sa « transcendance ».

Sans entrer dans les implications philosophiques et sociales de la sophrologie, disons simplement que ce travail sur et avec le corps, sa mobilisation énergétique, le démantèlement de ses zones de tensions, l'harmonie de soi dans un vécu corps-conscience en détente, n'ont pas vraiment d'équivalent en hypnose. Cette évolution personnelle se fait au sein de *groupes* le plus souvent, dimension groupale également exclue de la perspective ericksonienne dont les inductions s'appuient sur les attitudes et réactions spontanées du patient, étant ainsi par définition a-méthodiques et individualisées.

Puisque l'état hypnotique résulte de procédés très larges, incluant des inductions de détente mais aussi des effets d'attente, de surprises, et la recherche de phénomènes involontaires, pour promouvoir un mode de fonctionnement inconscient, le thérapeute ericksonnien ne saurait s'accommoder d'une approche figée, rituelle. Ses inductions requièrent spontanéité, souplesse d'adaptation, invention, (ré)création, aptitudes à la pensée divergente⁸. Si la présence de telles qualités, chez un sophrologue, ne gêne bien évidemment en rien sa pratique, elle y paraît cependant moins indispensable. Car, loin de favoriser la dissociation, celui-ci tend à faire éprouver à son patient la cohésion de soi, dans un vécu unitaire corps-conscience le plus harmonieux possible, généré par l'abaissement du niveau de vigilance. Il favorise la réceptivité la plus totale à ce qui est perçu « ici et maintenant », sans ces effets d'attente se référant implicitement, chez l'hypnothérapeute, à un « ailleurs » et à un « après » qui ouvrent la voie à la dissociation. Court-circuiter, dépotentialiser, jeter la confusion dans la conscience entend-on chez les ericksoniens... Mais vous ne verrez jamais un sophrologue semer la confusion (du moins volontairement !) dans l'esprit de son patient.

L'ISOLEMENT SENSORI-MOTEUR

Il est favorisé dans les deux approches ; il s'agit de réduire l'importance des stimulations extérieures au profit du « monde intérieur ». Cet abandon passager du réel extérieur et des repères spatio-temporels communs ouvre l'accès à *un niveau « autre » de soi*.

Le sophrologue a accès à une conscience élargie, enrichie de toutes les perceptions, sensations, intuitions existentielles, caractéristiques du « seuil sophro-liminal », entre veille et sommeil, dépassant les perceptions ordinaires réduites notamment par le raisonnement logico-analytique. L'hypnothérapeute a accès aux informations d'un inconscient où siègent les modèles comportementaux et relationnels, les ressources bio-psychologiques susceptibles de délier les symptômes et de résoudre certaines difficultés spécifiques.

En somme, le désinvestissement des fonctions du contrôle conscient aboutit à un élargissement de la conscience, élargissement du moi au soi pourrait-on peut-être dire, consistant en l'abandon des canaux logico-réducteurs au profit d'une sensibilité de soi plus globale et plus riche... Cette « vigilance accrue qui met à notre disposition les paramètres constitutifs de notre existence » dont parle F. Roustang.

.....

8. Selon De Landsheere (1963), « l'essence de la pensée divergente réside dans la capacité de produire des formes nouvelles, de conjuguer des éléments que l'on considère d'habitude comme indépendants ou disparates. C'est, si l'on veut, la faculté créatrice, l'imagination, la fantaisie ».

4. La concentration et l'imagerie mentale

Si l'on se penche maintenant sur ces éléments-clés que sont dans nos pratiques la *concentration* et l'*imagerie mentale*, on constate que l'hypnotiseur traditionnel s'efforce de canaliser l'attention du sujet sur un *stimulus* extérieur monotone et répétitif, alors que le sophrologue ou le thérapeute ericksonien préfèrent l'orienter sur une sensation corporelle interne (chaleur...), une image ou un souvenir agréable. Ceci a l'avantage de favoriser la déconnexion et la dissociation monde extérieur-monde intérieur, d'approfondir la détente et le vécu agréable, de se laisser porter par ses images, guider dans l'affectif et l'émotionnel par un langage qui leur est propre (l'image), ainsi renoncer à son « petit moi jacasseur », selon l'heureuse expression de J. Donnars, et céder le terrain à la fantaisie, l'imagination créatrice pour impulser des attitudes, des ressources nouvelles.

On privilégiera selon les buts recherchés une *focalisation délibérément entretenue* sur telle image (objet mental, souvenir agréable) ou, à l'opposé, une *libre disponibilité* à ce qui advient des images internes, à l'écoute du flux de la vie psychique et de son ancrage organique.

Note : Tout cela est particulièrement vrai en relaxation dynamique : concentration sur un objet, contemplation de son image corporelle, ou méditation inspirée du zen.

ZOOM. Quelques procédés utilisés tant en sophrologie qu'en hypnose

- **Concentration** sur une image, un son, une couleur, etc., agréables.
- **Immersion** dans une situation passée (sophromnésie ou régression en âge) afin d'en retirer des données positives, constructives (recadrages nouveaux par exemple).
- Passage d'une **visualisation « associée »** (immersion dans une expérience de réussite dont on revit les sensations et émotions) à une **visualisation « dissociée »** (observation du même scénario de l'extérieur cette fois... étape cognitive – cf. G. Missoum – pour repérer des ressources réexploitables pour une autre expérience similaire à venir).
- **Anticipation de soi** dans un futur proche, les objectifs étant réalisés (sophro-acceptation positive, ou expérimentation de solutions possibles).
- On peut, aussi sans modifier le contenu des images, « **s'amuser** » avec elles, les *déplacer* à son gré dans l'espace, en déplacer des éléments : il m'est arrivé de demander à un patient en hypnose d'envoyer (se) promener une partie de lui ou tendance indésirable – une envie de fumer par exemple – où elle le souhaitait, d'aller se dissiper ailleurs en somme.

5. Remarques sur la proposition de lâcher-prise

Disons enfin que si le patient répond aux inductions hypnotiques ou sophroniques, s'il fait une démarche pour un travail en état de conscience modifié, c'est qu'il croit pour son évolution aux bienfaits d'une « force » intérieure (force extérieure en hypnose traditionnelle) mobilisable dans un état « autre qu'ordinaire », qu'il s'agit donc auparavant d'atteindre ou de réaliser.

Il me semble que cette même *problématique de l'abandon, en confiance ou non*, se retrouve dans une plus ou moins grande facilité à *l'endormissement* : si le sommeil est estimé réparateur, on s'y adonne avec plaisir, et dans le cas contraire, les frayeurs nocturnes ou tout ce qui peut s'imaginer de redoutable quand on relâche la vigilance alimentent les insomnies.

Les difficultés au relâchement sophronique « aux portes du sommeil » ou les « résistances » à l'hypnose rejoignent souvent non seulement la question de l'abandon, la perte du lien avec l'extérieur et les autres, mais aussi la crainte de perdre ses repères conscients structurants, voire ses limites ou son identité (fantasmes d'intrusion de l'autre en soi, de manipulation par l'hypnothérapeute).

Une patiente écartait d'emblée un suivi en hypnose par peur de retomber dans la relation d'emprise qui l'aliénait à sa mère (« Une mère qui décide tout pour moi, qui m'a toujours dicté ce qui est bon pour moi »). Elle acceptait cependant de se détendre avec des techniques sophroniques estimées moins intrusives et considérées comme gérables par elle de façon autonome hors de nos séances.

Certaines attitudes face à la mort (autre « sommeil »... définitif celui-là) *stimulent ou freinent l'accès à la transe ou à l'état sophronique* : croyance ou non à une conscience « transcendante » illimitée, à découvrir ou à retrouver quand on quitte sa conscience ordinaire (soumise aux impératifs d'espace et de temps, à la réalité commune), croyance en un « au-delà » et rejoindre le divin, ou au contraire la mort considérée comme une pure perte... Autant de positions personnelles qui encouragent ou font obstacle au lâcher-prise.

Le désir d'immortalité peut d'ailleurs, chez les patients comme chez les thérapeutes, être à la source de bien des démarches visant à tutoyer, déjà en vie, une réalité « autre » (pour bien se prouver qu'elle existe ?) sans limitations temporelles ni spatiales, états de transe ou d'extase comme révélateurs d'un ailleurs transcendant. Dans les « transes culturelles » on renonce à son *self control* dans l'espoir de rencontrer la divinité, aboutir à la clairvoyance, à la communion des esprits, aux pouvoirs surnaturels. Abandonner ses limites corporelles et le « réel ordinaire » pour y

survivre, accéder à un vécu plus puissant (tout-puissant ?), surmonter la perte et la mort et tenter d'expérimenter l'existence de l'au-delà, semblent parfois au cœur de certains engouements pour les états modifiés de conscience.

Fiche Modes d'activations thérapeutiques en hypnose et en sophrologie

En fonction des distinctions réalisées au début de cet ouvrage, *le travail d'évolution ou de thérapie* peut, *en sophrologie*, emprunter plusieurs voies.

L'(auto-)suggestibilité du sujet

Considérablement favorisée par l'état sophronique, elle est mise à profit dans les techniques que j'ai appelées (Etchelecou, 2015, p. 18-20) « à visée résolutive directe ».

C'est le cas d'un sportif en proie au trac qui va progressivement se déconditionner en se projetant mentalement en situation de compétition beaucoup plus serein et adapté.

Les principes, limites et modes d'action de cette approche d'imagerie positive associée à la relaxation paraissent très comparables à ceux de certaines méthodes comportementales fondées sur le (dé)conditionnement.

L'imagination

On peut se servir aussi de l'état sophronique pour laisser libre cours à l'imagination, se mettre en contact avec cette partie de soi qui cherche à ouvrir les données, qui explore de nouvelles ressources, peut expérimenter d'autres attitudes, découvrir d'autres issues aux problèmes. Mais on le fait beaucoup plus « en conscience » qu'en hypnose.

S'installer par exemple mentalement dans une situation problématique et tirer bénéfice de l'état sophroliminal pour laisser apparaître des ressources aidantes (parfois surgissent des aides très classiques – image agréable, respiration ventrale –, mais parfois aussi de beaucoup plus subjectives) et les intégrer ensuite en sophro-acceptation progressive.

Ou autre travail symbolique proche de l'« imagination créatrice » de C.G. Jung et du rêve-éveillé (Desoille, Leuner, cf. chap. 28).

L'interrogation de ses désirs, de ses craintes

Il est une autre voie de la sophrothérapie, dite « découvriante », visant à mieux élaborer les conflits, la problématique du sujet, en mettant en question ses désirs, ses craintes, ses fantasmes, ses « croyances » inconscientes (Etchelecou, 2015, p. 20-23).

On tient ici compte des (en)jeux transférentiels, dans une optique très proche des « psychothérapies d'inspiration analytique » (associations libres d'images en état sophronique, sophromnésies...).

Reconnaissons ici que ces méthodes « découvriantes » ne font pas – telles quelles – partie de la démarche typiquement caycédienne (n'étant pas axées sur le positif *stricto sensu*). Elles n'en paraissent pas moins légitimes et fructueuses à bon nombre de praticiens de formation analytique.

L'hypnothérapie ericksonienne quant à elle ne repose pas sur l'interprétation, la recherche du sens des symptômes, de leurs causalités. Elle ne peut non plus être assimilée, contrairement à l'ancienne hypnose, à un quelconque travail de suggestion ou de conditionnement.

Le patient se plonge ici dans le jeu aux cartes innombrables et imprévisibles de sa *consciente inconsciente* pour en tirer d'autres atouts, tandis que jusque-là sa main se dirigeait invariablement vers les mêmes figures contraignantes.

Comme le dit très justement E. Collot, en hypnose « le sujet semble “présent” à deux niveaux simultanément. [...] Le premier “niveau de réalité” est vécu en tâche de fond, en arrière-plan : la réalité environnante est perçue *a minima* ; ce sont surtout les automatismes qui permettent l'interaction physique avec l'environnement. Le second niveau, celui de la réalité psychique, est vécu plus intensément, avec une grande profondeur, et d'infinies possibilités d'articulation, d'association, de condensation avec les contenus mnésiques, y compris sous forme coenesthésiques (mise en relation du corps physique, fantasmatique et des processus psychiques). Tout se passe comme si, demeurant au plan de la réalité objective, le sujet accédait à une réalité plus vaste. C'est en collaboration avec cette partie du psychisme du sujet que le psychothérapeute va œuvrer » (2002, p. 7-8). Et l'on peut, avec cet auteur, postuler « l'existence d'un *continuum* depuis la conscience “biologique” ou “biochimique” jusqu'à la conscience “psychique”. En conséquence, et bien que la nature du lien entre le phénomène moléculaire et les processus de pensées nous échappe aujourd'hui, l'hypnose apparaît comme un lieu privilégié où ce lien se manifeste » (p. 8).

6. Conclusion

Me revient en mémoire un propos de Butler : « Définir, c'est entourer d'un mur de mots un terrain vague d'idées. »

Hypnose et sophrologie restent encore à bien des égards des terrains vagues qu'il serait bien imprudent de vouloir circonscrire trop rapidement. J'avance ici simplement l'idée que, tout en étant des disciplines très voisines, hypnose et sophrologie ne sauraient être réduites l'une à l'autre. Les modes d'induction et les « leviers » thérapeutiques ont en effet paru sensiblement différents. Le praticien ne se plaindra pas non plus d'avoir plus d'un atout entre les mains.

Tableau 28.1. Tableau récapitulatif sophrologie – hypnose ericksonienne

	Sophrologie	Hypnose ericksonienne
Détente	Oui	Oui ou non
Isolement sensori-moteur	Oui	Oui
Concentration	Oui	Oui
Imagerie mentale	Oui (cf. techniques d'activation sophronique)	Focalisation sur image, souvenir positif, immersion dans situation passée, anticipation positive du problème résolu, expérimentation de solutions nouvelles, visualisation « associée » et visualisation « dissociée », etc.

Stratégies de communication	<i>Terpnos logos</i> visant à abaisser le niveau de vigilance.	Effets d'attentes, de surprises, paradoxes, communication à deux niveaux, suggestions intercontextuelles, confusions, recherche de phénomènes involontaires...
Travail sur le schéma corporel et l'image de soi	Oui, toujours présent. relaxation dynamique de Caycedo.	Occasionnel, selon objectif.
Fonctionnement conscient-inconscient	Mise entre parenthèses des fonctions de contrôle du moi (analyses, synthèses, initiatives calculées...) Élargissement du champ de la conscience. Vécu unitaire.	Dépotentialisation du Conscient. Mode de fonctionnement inconscient recherché. Accès aux informations de l'inconscient, aux ressources biopsychologiques pour délier les symptômes, trouver des solutions nouvelles. Vécu dissocié.
Travail en groupe	Oui	Non
Relation thérapeutique	Alliance Apprentissage	Position basse Apprentissage Stratégies multiples

7. Bibliographie

- AURIOL B. (2004). *La Définition de la relaxation, Introduction aux méthodes de relaxation*, chap. 2, <http://auriol.free.fr/yogathera/relaxation/definition.htm>.
- COLLOT E. (2002). « Hypnose et hypnothérapie », *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37-820-B-50.
- DE LANDSHEERE (1963). « Pour une pédagogie de la divergence », *Synthèses*, 204, p. 24-35.
- ETCHELECOU B. (2015). *Comprendre et pratiquer la sophrologie*, InterÉditions, 2^e éd.
- LE SCANFF C. (1995). *La Conscience modifiée*, Paris, Payot.
- GODIN J. (1988). *Les Grandes Idées de Milton Erickson*.
- GODIN J. (1992). *La Nouvelle Hypnose*, Paris, Albin Michel.

Chapitre
29

Fonction symbolique, imagerie mentale, rêve-éveillé

BERNARD ETCHELECOU

Sommaire

1. Importance de la fonction symbolique.....	690
2. Applications thérapeutiques.....	691
3. Imagerie mentale, travail en groupe.....	696
4. Bibliographie.....	704

1. Importance de la fonction symbolique

S. Freud écrit dans un de ses articles avoir observé son petit-fils de 18 mois jouant avec une bobine reliée à un fil. Ernst passait de longs moments à lancer la bobine hors de sa vue, puis à la ramener vers lui avant de la relancer à nouveau. Il soulignait de deux phonèmes ce mouvement de va-et-vient : « o-o-o » lorsque la bobine disparaissait, « da » quand elle revenait. Ce qui selon sa maman signifiait *fort* (« partie ») et *da* (« là ») :

« Tel était le jeu complet comportant une disparition et une réapparition, mais dont on ne voyait généralement que le premier acte, lequel était répété inlassablement, bien qu'il fût évident que c'est le deuxième acte qui procurait à l'enfant le plus de plaisir. » (Freud, 1973, p. 16-17)

Ernst était manifestement très investi dans ces « présences-absences » de la bobine qu'il provoquait lui-même. Ce jeu de disparition et de retour était en fait selon Freud

une reprise par l'enfant du vécu de séparation, une tentative de contrôler le traumatisme subi par la perte de la mère. Ernst faisait COMME SI la bobine représentait sa mère, et finalement toute personne ou chose susceptibles de disparaître, en se faisant à lui-même la démonstration qu'il avait le pouvoir de les faire revenir à sa guise.

On a tous eu l'expérience de ces enfants qui, à l'âge où l'angoisse de séparation est prépondérante (vers 3-4 ans), deviennent extrêmement tyranniques, voulant disposer à leur guise des êtres chers dont ils dépendent, et s'efforçant pour cela de les « tenir en laisse » à l'instar de Ernst avec sa bobine. Comme si l'enfant pensait : « Maman, dont je dépends tellement pour remédier à tous mes besoins, à mes peurs et peines... maman qui est là pour assurer mon bien-être, ma sécurité, ne risque pas de s'échapper puisque j'en fais très exactement ce que je veux. »



IMPORTANT

La représentation symbolique permet, à l'enfant comme à l'adulte d'ailleurs, de mieux se distancier des vécus traumatisants, d'exprimer ses conflits tout en tentant de les résoudre.

Ce sont les dessins, jeux de rôles, tensions corporelles significantes, les rêves et rêveries éveillées, et autres productions imagées qui offrent en thérapie des occasions d'élaborations, une nouvelle chance de progression.

Le processus de symbolisation est prépondérant en sophrologie grâce au travail par l'imagerie mentale pouvant être considérée comme une expression privilégiée des désirs et conflits inconscients, mais aussi comme un moyen d'exploration de nos ressources et de réaménagement constructif de soi.

2. Applications thérapeutiques

L'imagination active

On trouve chez C. G. Jung une possibilité de travail sur soi qu'il appelle l'« imagination active » qui offre une occasion à l'inconscient de prendre forme, de devenir d'une certaine manière l'interlocuteur de notre conscience éveillée. On n'est certes pas là en prise directe avec notre inconscient, comme par exemple dans les rêves, mais on peut amener l'affect, l'émotion, le conflit, à se représenter (paysage, personnage, animal, voix...) pour que le conscient puisse s'y confronter de façon active :

« L'imagination active donne lieu à une rencontre. Les figures prennent autant que possible, leur autonomie. Un homme, une femme, un animal venus en rêve, évoqués et fréquentés en imagination, deviennent, pour une période, des interlocuteurs familiers. » (Humbert, 1983, p. 33)



CAS PRATIQUE

Grégoire et ses cauchemars

Grégoire a peur la nuit, fait des cauchemars, craint la venue d'une sorcière.

Après une petite détente, je lui demande de « voir dans sa tête » ce qui lui fait peur. Il me dit :

- « – C'est une sorcière.
- Elle est comment cette sorcière ?
- Toute noire, avec un chapeau noir, une robe noire, des souliers pointus noirs...
- Quel air elle a ?
- Un peu méchante.
- Tu te sens comment avec elle ?
- ... Bien parce qu'il y a un petit soleil (*qui le rassure*).
- Est-ce que tu peux faire quelque chose pour elle ? (*Tentative de retournement des forces en présence, lui n'étant plus subissant mais actif et qui a du pouvoir.*)
- ... Euh... oui... Lui offrir un balai pour qu'elle se promène. »

Il la voit ensuite se promener dans l'espace, visiblement très satisfaite de son cadeau.

Implicitement : non plus subir l'autre dangereux, mais avoir aussi du pouvoir sur lui. En profiter pour donner à l'autre quelque chose qui puisse lui faire plaisir (on ne peut décemment être méchant avec quelqu'un qui nous fait un si joli cadeau)

Comme je sais que Grégoire croit encore au père Noël, je lui demande de se remémorer une nuit (= moment où il a peur) de Noël, où le père Noël – autre image de puissant, bénéfique celle-là : père imaginaire gratifiant opposé à mère sorcière méchante ? – lui a offert des cadeaux. Il se retrouve effectivement une nuit de Noël et me raconte combien il est content le matin de découvrir ses cadeaux.

Donc dans la nuit se passe, contrairement à sa peur, quelque chose de très positif et qui lui fait plaisir. Grégoire peut se mettre dans la peau de celui qui reçoit les cadeaux, association possible avec la sorcière qui elle-même très contente de son cadeau... qui lui permet d'ailleurs d'aller se promener... même au diable si ça lui chante !

Le rêve-éveillé

Bien que le rêve-éveillé dirigé de Desoille soit l'approche la plus répandue, j'ai choisi de présenter ici celle de Leuner, moins connue, mais qui peut aisément venir en complément des outils du sophrologue. Cette méthode est à comprendre comme une mise en contact avec une partie de soi qui cherche des solutions ; ceci en images.

Il s'agit, comme dans l'« imagination active » de Jung, de provoquer en quelque sorte une rencontre avec soi-même par le biais des images et le flux de leurs associations qui surgissent plus librement à la conscience en état de détente.

Leuner, selon la problématique du patient, lui propose une image qui sert de point de départ aux cheminements de son imagination créatrice. La symbolique que ces images de départ sont censées recéler n'est pas à prendre *à la lettre*, mais plutôt comme une *propension, une tendance à susciter plutôt* telle ou telle thématique... Ce qui compte n'est finalement que ce qu'en fait le sujet selon ses besoins et préoccupations du moment.

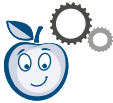
Fiche Les thèmes proposés par Leuner

- Un ENFANT (soi enfant, idéal de l'enfant, relation à ses propres enfants...).
- Une FLEUR (image que l'on a de soi, de sa situation...).
- TROIS ARBRES (triangulation parents-enfant...).
- Un PRÉ (départ, on se promène au gré des rencontres...).
- Une MONTAGNE (relation à l'autorité, comment on aborde les difficultés...).
- Un RUISSEAU (remonter à la source, rapport à la mère, au passé, aux origines...).
- Une MAISON (soi, visites de parties de soi...).
- Une LISIÈRE (limite conscient-inconscient...).

Le patient décrit ce qu'il voit, ce qu'il vit, ce qu'il ressent au long de son cheminement en rêve-éveillé ; il explore tout ce qu'il peut découvrir dans ses images. Il n'a bien sûr pas recours à des images-solutions-magiques pour régler les problèmes qui pourraient se présenter... Mais il peut à l'occasion questionner ses images : des ressources s'y trouvent-elles qui pourraient l'aider ? Il se peut qu'aucune issue ne soit entrevue, constat de l'impasse du moment, qu'il est toujours possible de verbaliser.

Le sujet se confronte au symbole : de quoi ce symbole peut bien avoir envie ? Qu'est ce qui pourrait le « nourrir », le satisfaire pour sortir de la situation symptomatique ? Le cas de Grégoire et sa sorcière, ci-dessus, est à cet égard édifiant.

Le thérapeute est présent, à l'écoute du patient qu'il accompagne sans intervenir dans le contenu de ses images mais peut parfois l'aider à préciser ce qu'il voit, ce qu'il ressent surtout, faciliter selon les cas la dynamique exploratoire (« Est-ce que vous avez envie de quelque chose maintenant ? » « Y a-t-il un autre endroit dans ce paysage qui attire votre attention ?... Où aimeriez-vous vous rendre ? », etc.)



CAS PRATIQUE

Les trois arbres (Alex, pilote de ligne)

ALEX : Ces arbres sont ceux d'un verger de mon père devant la maison. (*Il s'agit d'un souvenir réel.*)

THÉRAPEUTE : Certaines images et souvenirs bien réels peuvent apparaître et on peut laisser tout aussi bien l'imagination jouer... On fait avec ce qui se présente, plus ou moins réel, plus ou moins imaginé. Qu'est-ce que vous ressentez devant ces arbres ?

ALEX : Une sensation... d'enracinement. Des arbres solides qui ont percé le temps... Le plaisir des cerises, le soleil, l'été. Une sensation de liberté, de bien-être... Être là juste pour le plaisir, pas de contraintes...

THÉRAPEUTE : Comment pourriez-vous décrire ces arbres ?

ALEX : LE PREMIER ARBRE, un tulipier, bien pommé, grand, beau, de grandes feuilles larges, un arbre de décoration... Cet arbre me fait penser à ma mère et mon père, le plaisir de les retrouver quand je revenais de l'école militaire, ma mère une larme à l'œil (*émotion*)...

Derrière, (DEUXIÈME ARBRE) un cerisier assez vieux avec des branches qui tombent par terre, on avait envie d'y grimper dedans...

Celui de droite, (TROISIÈME ARBRE), moins accessible car le terrain est en bordure de clôture, en pente, une vue sur le lac Léman, le tronc est très haut, celui-là on a du mal à y grimper...

(*Il revient devant le deuxième arbre.*)

J'ai envie de l'escalader...

Je suis en train de grimper comme un singe, rapide, d'instinct... pour arriver au bout, facilement... sensation très agréable de rapidité, efficacité, bonne maîtrise de l'ascension... Je suis dans l'arbre, comme dans un nid... Au-dessus de l'arbre et de tous les autres arbres, j'observe, content d'être arrivé... profiter du moment à fond, plénitude du relâchement après l'effort

THÉRAPEUTE : Avez-vous encore envie de quelque chose sur cet arbre ?

ALEX : Un téléphone sonne et je redescends de l'arbre ! Les choses reprennent leur cours, les contraintes quotidiennes sont là de nouveau...

(*Il marche vers le troisième arbre.*)

Dans cet arbre, le tronc est plus fin, plus haut, à côté le Lac Léman, une belle vue... des ronces, des barbelés, peur d'avancer à cause des vaches qui peuvent charger...

THÉRAPEUTE : Qu'est-ce qu'on fait avec cette peur ?

ALEX : Je prends une petite échelle pour m'aider à grimper... Il y a des ronces, les barbelés mêlés au tronc... une vache vient beugler dessous, je reste vigilant, les branches sont fragiles, cassantes... J'ai envie d'y aller quand même... les cerises, les ruches, c'est la production de mon père... Je suis dans l'arbre, mais pas tranquille, ça bourdonne un peu... Je ne sais pas pourquoi, je pense à une belle journée que je viens de passer, une cure de poissons au restau face à la mer en escale à la Réunion, de belles filles, belle soirée en groupe, moment de bonheur où tout baigne...

Je descends de l'arbre, le temps du plaisir est passé... c'est le retour aux contraintes, le temps du travail (*il évoque le travail d'autrefois dans les champs à cet endroit, avec un sentiment de tristesse car le terrain et la maison n'existent plus, remplacés par une résidence qu'il voudrait pouvoir balancer comme Astérix capable de déraciner et lancer un arbre au loin.*)

THÉRAPEUTE (*après un temps de silence*) : Que ressentez-vous en ce moment ?

ALEX : Un sentiment d'ancrage, les racines, la terre de mon enfance, qui me donne de l'énergie... J'ai le même sentiment parfois dans mon boulot. Sans prétention, j'assume ! Même sentiment d'ancrage quand je pilote... Mon terrain de force... J'ai l'image de mon père lui aussi fort et quand même un peu peur pour lui parce qu'on avait des moutons agressifs qui chargeaient facilement... J'admire l'agilité de mon père qui court dans l'arbre alors qu'un mouton le charge... admiration et un peu peur pour lui.

L'avion que je pilote, cette sensation de force quand je tire sur les commandes, maîtrise de la puissance de l'appareil... Une bonne assurance... au décollage, totalement concentré, sensation d'efficacité.

Scènes du passé et vécus actuels s'associent, s'entrelacent autour de sensations, sentiments, émotions, qui forment autant de fils conducteurs sous-jacents au rêve-éveillé. La chronologie et les *a priori logiques* perdent de leur importance au profit d'une libre association d'images.

On peut également observer que si le thérapeute avait l'idée de suggérer une thématique en choisissant une image de départ, le sujet, lui, ne s'en saisit que pour des projections éminemment personnelles selon ce qu'il a besoin de se dire, d'exprimer à l'autre, de régler.

Ici s'affirment un besoin d'ancrage, le désir de se ressourcer dans des vécus forts de l'enfance, y puiser pour l'actuel des sensations d'énergie, de plaisirs authentiques, une façon de parvenir à ses objectifs malgré les batailles, les craintes, les obstacles en présence, consolider les sentiments de maîtrise, d'assurance en ses capacités.

On relève également l'impact du modèle paternel, objet de fierté enfantine et source d'identification, son papa dont il aurait aimé (d'autres séances en

témoignent) davantage de reconnaissance sur ses aptitudes, sa « valeur » personnelle, une plus grande consolidation de ce sentiment d'assurance, d'« être à la hauteur », à l'image du pilote qu'il est aux commandes d'un avion.

À l'entretien, Alex déplore son mécanisme tout en contraste de régler les tensions : un trop grand cloisonnement entre les temps de plénitude et ceux des contraintes, du devoir, du stress. Analogue à ces phases bien réelles dans sa vie de pilote où alternent moments de repos (complet, où il tente de savourer tous les plaisirs au maximum) et périodes de travail (dominées par le stress, les sentiments de devoir... « Être efficace et à la hauteur de ce qu'on attend de moi » semble être alors son leitmotiv).

Il précise : « J'aimerais que ce cloisonnement soit moins fermé... Que tout ce plaisir que je m'autorise ou que je me donne dans les moments de bien-être se retrouve un peu plus aussi dans mon boulot ; j'aimerais voir que les contraintes, les devoirs, ce pourrait être aussi beaucoup plus souple ! »

Mais Alex est conscient que pour acquérir une telle souplesse, il doit avoir des attitudes moins exclusives, fonctionner moins en tout ou rien (soit sur le mode plaisir, soit sur le mode contraintes).

3. Imagerie mentale, travail en groupe

Dans les groupes de formation, de développement personnel, ou bien sûr en pratique individuelle, il existe de nombreuses techniques engageant un travail en imagerie mentale.

En voici quelques-unes choisies pour leur efficacité et leur apport indéniable dans les stages et séminaires. On commence toujours par une sophronisation de base. On laisse naturellement dans nos inductions la possibilité de poursuivre ou non (« Vous pouvez si vous le désirez visiter plus avant cette maison, en explorer toutes les pièces, ressentir tout ce que vous pouvez y ressentir... ou, si vous préférez, choisir de profiter pleinement de votre sensation de détente... en toute liberté »).

Activation du processus de réussite¹

Exercices de pratique

Laisser venir une expérience-référence de réussite.

.....

1. Les trois premières techniques sont extraites de Missoum, Lhabouz, 1992.

Revivre intensément cette expérience.

S'immerger dans cette expérience de réussite : retrouver images, sons, sensations, relation à soi et aux autres... S'associer au maximum au plaisir de réussir.

Observer le même scénario *de l'extérieur* (étape cognitive), et se poser la question : « Qu'ai-je appris dans ce succès d'important sur moi ou sur les autres que je peux ré-exploiter dans une autre expérience, qui peut être réutilisé, amélioré et projeté dans l'avenir ? »

Se voir dans une situation prochaine en train d'employer ce que l'on vient d'apprendre sur soi (demain, après-demain, dans une semaine...). Éprouver ce plaisir de réussir dans la situation à venir.

Reprise.

Réduire les croyances limitantes

Exercices de pratique

Sur les plans professionnel, personnel, des loisirs :

- « Je ne suis pas capable de... »
- Qui dit cela ? vous ? la voix de quelqu'un d'autre ? (analyse).
- Retrouver une expérience vécue où s'est manifestée, même faiblement, ma limitation.
- « Pouvais-je appréhender cette expérience autrement, sous un angle différent ? De quelles ressources aurais-je eu besoin dans cet événement pour être capable de... »
- SAP avec objectif intermédiaire réalisé.
- Reprise.

La ligne du temps

Exercices de pratique

Visualisez et mettez-vous en contact avec deux souvenirs :

- un souvenir d'enfance ;
- un souvenir d'adolescence.

Localisez bien chacune de leur image précisément dans l'espace autour de vous.

Faites de même avec un souvenir très récent.

Puis avec deux images de votre futur :

- une image de vous dans 5 ans ;
- dans 10 ans.

Après avoir repéré toutes ces images avec netteté, reliez-les entre elles dans cet ordre : image du passé lointain, puis image du présent, de l'avenir proche, de l'avenir lointain.

En les reliant entre elles sous la forme graphique que vous désirez (rectiligne, en spirale...), vous obtenez **votre ligne du temps**.

Donnez à cette ligne de la consistance, le volume, la couleur... qui vous conviennent.

Maintenant, observez attentivement votre ligne du temps et modifiez sa forme générale à votre guise : arrondissez les angles, donnez-lui l'esthétique que vous voulez.

Quand vous en êtes satisfait, placez-vous dans votre ligne, au temps présent, et en vous orientant vers le passé laissez venir à vous les images, sensations, sentiments... de votre passé, du plus proche au plus lointain.

Puis, tournez-vous vers votre avenir pour faire de même. Vivez par anticipation les scènes de votre avenir, du plus proche au plus lointain (SAP concernant vos objectifs à atteindre).

Ensuite, quittez votre ligne du temps, amusez-vous à flotter au-dessus d'elle.

Reprise.

Couleurs

Exercices de pratique

Une couleur uniforme apparaît (= sa couleur « propre »), laissez venir des associations personnelles à partir de cette couleur.

Une couleur que je n'aime pas, associations à partir de cette couleur.

Ma couleur préférée, associations à partir de cette couleur.

SAP : vécu par anticipation d'un projet à atteindre.

Reprise.

Couleur, image de soi

Exercices de pratique

Laisser venir en face de soi une couleur synonyme de santé, sur laquelle on se concentre.

On imagine que la couleur vient remplir progressivement notre corps, de la tête aux pieds.

Comme une onde colorée de santé qui s'insinue partout dans notre cerveau, notre visage, nos muscles, nos organes, notre corps tout entier.

Peut-être que dans certaines zones du corps, certains organes, certaines parties, c'est une autre couleur qui prend place... On prend le temps de constater.

Reprise.

Sur une feuille de papier, on va dessiner notre corps tel qu'on l'a perçu, sa couleur globale, les zones qui ont éventuellement pris une autre coloration (parfois = problèmes spécifiques de santé passés ou présents, les zones plus ou moins appréciées, les dégoûts, fantasmes corporels, etc.).

Dialogue post-sophronique.

Si j'étais un animal

Exercices de pratique

Si j'étais un animal, lequel je serais ? Visualiser cet animal, ses comportements et caractéristiques, en quoi on se ressemble ?

Celui que je ne voudrais surtout pas être ? Visualiser cet animal dans ses comportements et caractéristiques, en quoi il me déplaît ?

Si j'étais un animal, lequel je voudrais être ? En quoi il correspond à mon idéal, mes aspirations ?

Reprise.

Animal confident

Exercices de pratique

On s'installe dans une situation agréable... Un paysage plaisant, où l'on se sent bien, où l'on se sent très bien...

Concentrez-vous sur un problème actuel auquel vous souhaitez trouver une solution.

En observant la nature qui vous entoure, vous voyez venir un animal.

Un animal amical, qui vient tout près de vous. S'il est grand il se met à côté de vous, s'il est plus petit il peut poser sa tête sur vos genoux, s'il est petit vous pouvez le prendre sur vos genoux.

Contact ++ avec l'animal.

Cet animal connaît tout de vous, vos désirs, vos craintes, vos difficultés, ce qui est bon ou moins bon pour vous...

Vous soumettez votre problème à cet animal.

Dialogue ++ avec l'animal confident. Vous l'écoutez, il a peut-être quelque solution à vous donner...

Retour à la nature environnante, l'animal – que l'on pourra toujours retrouver si l'on veut – repart avec les siens.

Reprise.

Maison, jardin, oiseau

Exercices de pratique

Visualisez une **maison** que vous laissez apparaître spontanément.

Commencez par faire le tour de la maison, pour l'observer de l'extérieur... Que ressentez-vous ?

Vous pouvez pénétrer dans cette maison, partir à sa découverte, en explorer toutes les pièces, vous attarder si vous voulez ici ou là...

Et après avoir bien visité, ressenti, cette maison... Vous pouvez sortir dehors.

Dans un **jardin** cette fois... dont vous explorez tous les aspects... avec tous vos sens... Ce jardin, peut-être votre jardin secret...

Et à présent, si vous observez bien, par là à l'extérieur, vous pouvez repérer un **oiseau**... Cet oiseau vous attend... Il a cette capacité un peu magique de pouvoir vous transporter... Vous vous arrangez pour monter sur cet oiseau, ou vous agripper à lui... Et vous laissez porter, voler avec lui au-dessus de paysages que vous percevez... Chacun vit ce voyage à sa manière... Survolant parfois des endroits fantastiques... parfois des coins connus, parfois totalement nouveaux... Vous vous laissez aller à vivre pleinement ce voyage, comme il se présente...

L'oiseau vous dépose maintenant à un endroit que vous découvrez tranquillement, le laissant repartir à sa propre vie.

Reprise.

Soi enfant

Exercices de pratique

Je m'imagine dans un environnement, un paysage, très agréable.

Vient un **petit enfant** qui s'approche de moi... qui vient tout contre moi.

J'accueille cet enfant avec beaucoup d'émotion car cet enfant n'est autre que moi... moi enfant.

Contact chaleureux à l'écoute de cet enfant, ce qu'il a à me dire, n'a pas pu dire, ses désirs, peurs, attentes, revendications...

J'écoute cet enfant, je peux dialoguer avec lui : moi adulte qui échange avec moi enfant.

Je lui dis tout mon amour, tout ce qu'il a besoin d'entendre, le prends avec moi...

Le laisse entrer en moi.

Vécu profond de la sensation d'unité de soi dans la détente.

Reprise.

Vieux sage

Exercices de pratique

S'imaginer au sommet d'une montagne (vécu du paysage, sensations de liberté).

En observant un peu au-dessous du sommet, on remarque une source qui jaillit, pour devenir un torrent un peu plus bas.

On va se laisser guider par ce torrent ou trouver un sentier à côté, pour descendre progressivement dans la vallée (vécu des différents étages de la montagne, faune, flore...).

Tout en bas on peut à loisir s'étendre dans une prairie (sentiment d'harmonie avec la nature environnante).

De cet endroit peut s'observer l'entrée d'une grotte au flan de la montagne...

On s'approche avec curiosité : la grotte est un peu sombre à l'entrée, mais au bout d'une sorte de couloir on repère de la luminosité, comme si des rayons de soleil avaient pu se frayer un passage dans la montagne.

En avançant dans le couloir rocheux on aperçoit sur les côtés des peintures, tableaux et autres graffiti qui représentent des événements plus ou moins importants de notre vie...

On arrive bientôt dans une sorte de salle, très belle, où un **vieux sage** nous accueille.

Ce sage connaît tout de la vie et connaît tout de nous... On prend notre temps pour dialoguer avec lui, lui demander conseil... On peut tout aussi bien rester silencieux, juste profiter à plein de sa bienveillante énergie.

À un moment on décide de sortir de cette grotte... Emplis d'une énergie renouvelée, on dit au revoir au vieux sage qui sera toujours là si on veut le retrouver.

Et c'est avec une belle sensation de force, de forme, de vitalité que l'on retrouve le couloir vers la sortie, observant à nouveau ça et là les événements de notre passé, sans jugement particulier...

Retour dans la prairie, avant de regrimper, confiants et tranquilles, au sommet de notre montagne.

Reprise.

Ressources

Exercices de pratique

En posture debout : mouvement de relaxation dynamique.

En position assise : Explorer un paysage féerique aux mille couleurs, sons, odeurs et goûts.

Rencontrer un personnage féminin aidant.

Rencontrer un personnage masculin également bienveillant.

Aller vers un château et le visiter de fond en comble... Un trésor nous y attend avec toutes les ressources nécessaires pour faire face à un problème actuel ou à venir... De quelles ressources s'agit-il ? Une attitude nouvelle à adopter ? Une meilleure utilisation de la détente, une ressource que l'on a déjà utilisée lors d'une autre épreuve ? Où ?

Partir avec cette ressource se promener en liberté, ou revivre notre rêve le plus plaisant, ou encore s'essayer à des activités nouvelles...

Reprise.

Jouer avec sa difficulté

Exercices de pratique

Laissez venir une représentation, image-symbole, de votre difficulté.

Laissez-la prendre un certain volume, une ou des couleurs.

Concentrez-vous sur les caractéristiques de cette représentation (son volume, sa forme, son poids, sa texture, les sonorités qui s'en dégagent...).

Jouez avec cette représentation : déformez-la à votre gré, donnez-lui des formes plus ou moins fantaisistes, grotesques, découpez-la, recollez-la de façon plus esthétique, etc.

Approfondissement de la détente.

Laissez revenir l'image dans sa forme du début ou transformée.

Trouvez à la représentation un endroit qui lui convient, où elle a bien sa place, où elle trouve satisfaction.

SAP (s'anticiper en moindre difficulté ou difficulté résolue, dans un proche avenir).

Reprise.

4. Bibliographie

FREUD S. (1973). *Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

HUMBERT E. G. (1983). *Jung*, Paris, Éditions universitaires.

MISSOUM G., LHABOUZ J.-M. (1992). *Piloter sa vie en champion*, Paris, L'Âge d'Être.

Complémentarités

BERNARD ETCHÉLECOU

> Pourquoi ce chapitre ?

La sophrologie se conjugue en général aisément avec d'autres modes d'approches. Beaucoup de sophrologues, pédagogues ou soignants, ont en effet eu un parcours qui leur donne la possibilité d'associer plusieurs techniques quand cela paraît profitable à leurs accompagnements.

On retrouve ici l'idée d'une sophrologie ouverte et plurielle où, à partir d'un socle commun, chacun puise et synthétise dans son expérience professionnelle, ses formations diverses, son parcours personnel, les éléments qu'il estime les plus adéquats. Tel le jazzman qui improvise, au gré d'une inspiration qui condense, en un instant précis et sur un thème donné, une multitude d'expériences musicales donnant à son jeu sa coloration singulière pour une partition qu'il ne jouera jamais à l'identique. Il ne semble pas excessif de dire que chaque séance est aussi une création.

Sommaire

1. Le sophrologue et les distorsions cognitives..... 706
2. Échelle de Maslow et pratique sophrologique..... 709

Le premier exemple intègre une approche familière aux thérapeutes comportementaux-cognitivistes pour aborder les *distorsions cognitives*, tandis que le second présente une pratique sophrologique de groupe concoctée à l'occasion d'une présentation de l'*Échelle de Maslow* à des stagiaires en formation.

1. Le sophrologue et les distorsions cognitives

On doit le terme *distorsions cognitives* au psychologue américain Aaron Beck pour désigner ces interprétations subjectives, ces représentations biaisées assez systématiques que l'on a dans certaines situations (toujours un peu les mêmes) et qui occasionnent anxiété, mal-être et comportements mal adaptés (**voir zoom**).

Le sophrologue peut s'inspirer d'une démarche utilisée en thérapie cognitive et comportementale¹ :

- rechercher nos pensées automatiques, en évaluer les conséquences ;
- chercher des alternatives possibles, mieux adaptées, à ces pensées automatiques délétères, et argumenter de leurs intérêts ;
- tenter de mieux comprendre comment et autour de quoi (= schémas prépondérants) sont organisées plus généralement nos pensées.

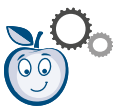
Exercices de pratique

Sophronisation de base : mise en situation où difficulté.

- quelles sont les pensées automatiques ? leurs conséquences ;
- reprise.

En entretien : trouver des pensées alternatives et discuter de leurs intérêts.

Sophronisation : SAP avec pensées et conduites plus adaptées.



CAS PRATIQUE

William, la quarantaine, chef d'équipe dans une grande entreprise, suit un cours de recyclage. Il se décrit d'emblée sur la défensive, en recul et dans une attitude d'observateur plus que de participant. Ce comportement vient selon lui d'une certaine crainte de l'autorité : « en général, les chefs en abusent, ils se la jouent grave ! ». Or assistent aussi à ce recyclage des personnes plus gradées que lui.

Dans la salle de cours, un de ses collègues a manifestement moins peur d'exprimer ce qu'il pense, il le fait très spontanément, il en a l'habitude et cela lui a même joué parfois quelques tours.

William aimerait pourtant comme ce collègue pouvoir prendre la parole plus facilement à certains moments, mais il se sent un peu oppressé, a peur de rougir, d'avoir une respiration trop hachée pour dire clairement ce qu'il a envie de dire.

.....

1. Par exemple, voir Chapelle F., Monie B., *Bon stress, mauvais stress : mode d'emploi*, Odile Jacob, coll. « Pratique », 2008.

Il évoque une autre situation difficile où, dans son entreprise, il doit traverser un grand atelier au milieu des ouvriers pour rejoindre les bureaux de la direction en vue d'un briefing avec l'encadrement.

ZOOM. Les distorsions cognitives

Les principales *distorsions cognitives* ou *pensées dysfonctionnelles* ont été répertoriées par A. Beck et D. Burns.

Pensées dichotomiques en « tout ou rien »

Aucune nuance dans l'appréciation de la situation (« Si je n'ai pas 20/20 c'est que je suis nul »).

Surgénéralisation

On construit un principe général à partir d'une ou quelques situations vécues (« Je n'ai pas été admis à mon examen, pas étonnant, je rate et raterai tout dans ma vie »).

Abstraction sélective, filtre mental

On se focalise sur les seuls aspects négatifs.

Disqualification du positif

Une expérience neutre ou positive est transformée en expérience négative (« On me dit ça juste pour me faire plaisir »).

Conclusions hâtives (inférences arbitraires)

C'est une conclusion négative que les faits ne justifient pas (« Elle ne m'a pas rappelée, c'est donc qu'elle ne m'aime plus »), ou encore scénario anticipé forcément négativement de ce qui va se passer.

Exagération du négatif

Il s'agit d'une minimalisation du positif.

Raisonnement émotionnel

On se sert de ses sentiments comme s'il s'agissait de preuves (« J'ai peur alors c'est dangereux »).

Fausse obligations

Par exemple, « je dois » « je devrais ». Se fixer arbitrairement des buts à atteindre, si bien que s'ils ne sont réalisés, on s'estime coupable ou l'on est nécessairement déçu.

Ceci peut concerner nos attentes vis-à-vis des autres « ils devraient avoir telle attitude »... Il nous reste amertume et ressentiment si elles ne sont pas satisfaites.

L'étiquetage

Plutôt que de qualifier un comportement spécifique, jugement définitif sur soi ou les autres (« c'est un sinistre idiot » à partir d'un comportement particulier).

La personnalisation

Se considérer totalement responsable d'une situation sans considérer les autres déterminants (« si ma fille travaille mal à l'école, je suis une mauvaise mère »).

Ainsi, lorsque dans une situation donnée, nous ressentons régulièrement des tensions, des difficultés, que nos comportements sont mal adaptés, il est bon de repérer nos pensées automatiques (= distorsions), celles qui nous viennent spontanément à l'esprit, en nous replongeant mentalement dans cette situation.

C'est le regard de l'autre qui à cet instant lui pose problème. Il sait bien que probablement ses collègues ouvriers ou autres chefs d'équipes ne font pas spécialement attention à lui, mais il craint d'attirer sur lui des regards jugeants.

Après avoir revécu précisément ces deux situations en état sophronique, on repère avec William ses pensées automatiques.

Dans la première situation, en présence d'une personne représentant l'autorité, tout se passe comme s'il voulait s'en protéger (mobilisation de tensions corporelles, sorte d'armure, de carapace échafaudée entre lui et l'autre), se soustraire à la vue de cette personne (prise de recul, échappatoire, ne pas être trop impliqué). Comme si l'autre allait le juger incapable, non à la hauteur de ce qu'il prétend : « le chef pourrait dire "petit William !" "tu veux montrer que t'es grand, mais t'es qu'un petit !" ».

Conséquences : prise de parole difficile ou impossible (ne pas parler au cas où se confirmerait effectivement sa « petitesse »), peur de rougir (rougeur qui trahirait ses faiblesses, on pourrait se moquer de lui « il est craintif »), respiration coupée, hyper-contrôle.

La deuxième situation – il traverse l'atelier – se joue autour du regard : lui, le chef d'équipe devant tous ces ouvriers (qui ont selon lui la force du nombre) peuvent le juger de façon ironique et méprisante « parce qu'il est chef il se la pète ! » comme s'ils attendaient le moindre point faible, le moindre défaut, pour déclencher leurs moqueries.

Conséquences : là encore un hyper-contrôle, être propre sur soi, ne présenter aucune faille.

La peur de l'autorité le ramène à son père, qu'enfant il admirait beaucoup pour son habileté, pour ses réussites (ce sont « les grands » qui réussissent) ; un père aimant mais très jugeant et perfectionniste : il manquait toujours quelque chose à petit William pour être à la hauteur des attentes de son papa (« t'es toujours petit, même si tu essaies de faire comme les grands »).

William connaît déjà bien sûr cette difficulté qui détermine bon nombre de ses attitudes : ne jamais être pris en faute, ne jamais attirer la moquerie ni la colère des « supérieurs », être toujours à la hauteur dans sa fonction de chef sous peine d'être pris en flagrant délit d'imposture, désir de révolte mais crainte aussi vive de s'affranchir de cette relation à l'autorité qui lui laisse entendre que quoiqu'il fasse pour être ou se montrer grand, il sera toujours au fond un petit. Un rapport au manque (à gagner) qui fera courir William dans la progression de sa carrière, et qui le gênera en même temps pour occuper sans freins sa place légitime.

William travaille sur ce problème de fond en psychothérapie, et il avance.

Mais que peut-il faire pour le moment, bien concrètement, pour mieux vivre ces situations qui se présentent régulièrement à lui ?

En cherchant des **pensées alternatives**, quelques idées s'imposent à son esprit.

Il va déjà s'entraîner aux techniques de détente et pratiquer la sophrologie pour gagner plus de confiance dans le lâcher-prise, être mieux détendu d'une façon

générale, se sentir mieux dans sa peau, la respiration tranquille, notamment dans ces situations où il a envie de s'exprimer et de se sentir plus à l'aise.

Il pense aussi pouvoir commencer à porter un regard plus différencié sur les autres : chefs ou pas chefs que peut-on savoir d'eux *a priori* ? Et pour peu qu'on les connaisse on en perçoit aussi immanquablement les limites ! Mettre l'autre et se mettre soi-même d'emblée au moins sur le même pied d'égalité.

Et si tout ça reste encore un peu idéal, William songe à ce bien-être qu'il a éprouvé un jour au beau milieu de l'atelier alors qu'il s'amusait à soutenir cette fois le regard des personnes qu'il croisait, certains lui souriaient, d'autres baissaient le regard, tandis que pleins d'autres encore semblaient ne se soucier aucunement de lui.

Belle alternative à creuser, se dit William.

2. Échelle de Maslow et pratique sophrologique

Fiche L'échelle de Maslow

A. Maslow, qui faisait des recherches sur la motivation, a répertorié les besoins humains en une célèbre pyramide (**figure 30.1**).

Ces besoins sont hiérarchisés : ceux qui sont à la base de la pyramide doivent être suffisamment satisfaits pour accéder à la réalisation de ceux de niveau plus élevé.



Figure 30.1. La pyramide de Maslow.

Les besoins physiologiques

« On ne peut parler à l'homme qui a faim qu'en termes de pain » (Gandhi).

Directement liés à la survie, ce sont les besoins alimentaires, respirer, éviter la douleur, le sommeil, une température corporelle équilibrée, la soif, les besoins sexuels...

En cas de manque ou de problèmes à ce niveau, le sujet ne peut que rester focalisé sur le besoin en cause.

Les besoins de sécurité

Sécurité, stabilité, se libérer de la peur, de l'anxiété, du chaos, besoins de structure, d'ordre, de lois, de limites, en somme être protégé dans la durée des besoins physiques et moraux.

Les besoins d'appartenance, de liens affectifs

Besoin d'amour, d'amitiés, liens familiaux, acquérir une place appréciée dans les groupes, les réseaux sociaux... Il s'agit de palier les sentiments de solitude, de rejet, le manque de racines. En un mot, se sentir positivement relié à d'autres personnes. C'est notre dimension sociale.

Besoins liés à l'estime, à la reconnaissance

Nous estimer nous-mêmes et connaître l'estime, la reconnaissance d'autrui.

Sentiments de valeur personnelle, de compétence, confiance face au monde... être capable de sortir de l'anonymat, être respecté, acquérir une bonne réputation, voire du prestige.

Besoins de réalisation de soi

Enfin, réaliser au mieux notre potentiel dans les différents domaines de la vie (intellectuel, artistique, créatif, monde du travail, des loisirs, spiritualité...).

C'est le besoin d'accomplissement de soi, d'épanouissement, au sommet de nos aspirations selon A. Maslow.

J'ai choisi ici un apport théorique simple – l'échelle des besoins – et cependant suffisamment large et intéressant pour servir d'exemple d'application en groupe de formation ou de développement personnel.

Exercices de pratique

Nous pourrions, parmi de multiples pratiques possibles, procéder ainsi :

- Sophronisation de base.
- En énumérant la liste des besoins de Maslow quel est celui qui semble **le plus sensible pour moi** ?
- Quel est celui sur lequel je veux porter mon attention ?
- **Associations** d'images, de souvenirs, en rapport avec ce besoin.

- Quels sont les **retentissements dans ma vie actuelle**, dans ma façon de voir les choses, d'être en relation, de me comporter, de voir l'avenir ?
- **Vécu de situations** précises récentes ou actuelles montrant cela.
- Reprise.
- **Verbalisation** et mise en place d'une **SAP** en fonction d'un problème identifié.
- Sophronisation et **SAP**.

Ces exemples de complémentarité vont dans le sens d'une approche qui tient à adapter le choix des outils pédagogiques ou thérapeutiques aux besoins de l'élève ou du patient dans sa prise en charge, et non l'inverse (les accorder à notre méthode).

La pratique au quotidien, telle que nous avons souhaité la présenter dans cet ouvrage, réclame flexibilité de la part de thérapeutes de plus en plus souvent éclectiques, se référant certes à telle ou telle méthode fondamentale à laquelle ils se sont formés, mais qui acceptent aussi l'apport positif incontestablement utile de techniques complémentaires. Fuyant aussi tout présupposés idéologiques qui placeraient leur approche au sommet d'une hiérarchie de pratiques.

La modestie reste de mise quand on observe qu'à des degrés divers jouent dans nos différentes thérapies nombre d'ingrédients communs : prise en compte du corps et de son image, importance de l'expression émotionnelle (« abréactions »), qualité essentielle de la relation thérapeutique, de la verbalisation, du désir de changement...

Il est en outre une aptitude sur laquelle nous, sophrologues, en cas de difficulté à discerner le vrai de la pratique du faux des sirènes doctrinales, nous pouvons franchement nous appuyer ; c'est, comme l'a bien vu le poète Franc-Nohain ce « sixième sens qui s'ajoute aux cinq autres, la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat, le toucher : le bon sens ».

Peut-être le développement de ce bon sens figurera-t-il lui aussi un jour au programme de nos formations ?